This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
L826 .D77 1908
Uber nervose dyspepsie : psychiatrisch
STOR
24503342642

ÜBER NERVÖSE DYSPEPSIE

Psychiatrische Untersuchungen

aus der

Medizinischen Klinik zu Heidelberg

von

Dr. Georges L. Dreyfus

Assistenzarzt der Medizinischen Klinik

Mit einleitenden Worten von Professor Dr. **L. Krehl**

L826
D77
1908

Verlag von Gustav Fischer in Jena
1908

Digitized by Google

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

ÜBER

NERVÖSE DYSPEPSIE

Psychiatrische Untersuchungen

aus der

Medizinischen Klinik zu Heidelberg

von

Dr. Georges L. Dreyfus

Assistenzarzt der Medizinischen Klinik

Mit einleitenden Worten von Professor Dr. **L. Krehl**

Verlag von Gustav Fischer in Jena

1908

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten.

LANE LIBRARY

Digitized by Google

L826
D77
1908

Dafs man bei der Betrachtung der Nervösen Dyspepsie im allgemeinen den psychiatrischen Gesichtspunkt zu vernachlässigen pflegt, beruht wohl auf der Verschwommenheit des Begriffes „nervös". Man fafst in der klinischen Medizin mit den so vieldeutigen und deswegen beinahe nichtssagenden Worten „nervös" resp. „funktionell" eine Reihe von Zuständen zusammen, die einer schärferen begrifflichen Analyse bedürfen. Meist meinen wir dabei gar nicht Vorgänge, die durch eine somatische Erkrankung des Nervensystems bedingt werden, speziell nicht durch eine lokale Veränderung der Nerven an dem Organ, dessen Funktion nicht befriedigt. Solche würden sich — systematisch betrachtet — wie wir früher schon hervorhoben, in nichts von einer Erkrankung der Schleimhaut oder der Muskulatur oder der Drüsenzellen unterscheiden. Verstehen wir aber, wie es zurzeit meist geschieht, unter „nervösen" und „funktionellen" Vorgängen psychisch vermittelte, so handelt es sich um etwas ganz anderes. Vorstellungen über die Beziehungen der seelischen Prozesse zu den körperlichen können hier nicht ausgeführt werden. Zurzeit darf man noch ruhig mit der Annahme rechnen, dafs das Psychische etwas besonderes ist, zum mindesten, dafs es mit eigenen und adäquaten Methoden studiert werden mufs. Wer sich dem verschliefst, handelt nicht anders als ein Arzt, der die Atmung verstehen wollte, ohne die physikalischen Gesetze der Gase zu kennen, oder wie ein anderer, der den Diabetes ohne Chemie zu erforschen geneigt wäre.

Wenn man also bei einem Kranken vermutet, dafs Beschwerden und Organstörungen, die nach der Sitte in das Gebiet der Inneren Medizin gerechnet werden, einen seelischen Ursprung haben, so mufs man diesen Kranken nach den Methoden der Psychopathologie untersuchen und zwar mit völliger Beherrschung dieser Methoden, da es sich doch um Störungen handelt die in ihrem Charakter und ihrer Abgrenzung noch nicht schulmäfsig festgelegt sind. Mir

Digitized by Google

war das bei dem Stand meiner Kenntnisse unmöglich. Ich freute mich deshalb, Herrn Dr. Dreyfus bitten zu können, sich mit den nervösen Störungen zu beschäftigen, die mit dem Magen in Beziehungen stehen. Man müfste das gleiche noch für andere Organe durchführen, speziell für das Herz. Gewifs würde auch die Betrachtung von Lunge und Darm eine interessante Ausbeute gewähren. Den Magen wählten wir aus äufseren Gründen: wir haben auf der Klinik auffallend viele Kranke, die über Beschwerden von seiten des Magens klagen. Somit erwies sich also gerade die Nervöse Dyspepsie als der gegebene Ausgangspunkt für eine Verwendung psychiatrischer Untersuchungsmethoden in der Inneren Medizin.

Heidelberg, im September 1908.

L. Krehl.

Digitized by Google

Inhaltsangabe.

Seite

Einleitende Worte von Prof. Dr. L. Krehl III

I. Kapitel: Historische Einleitung 1

II. Kapitel: Die verschiedenen als Nervöse Dyspepsie bezeichneten Krankheitszustände 22

I. Gruppe: Auf dem Boden der Degeneration erwachsende psychopathologische Zustände mit dyspeptischen Erscheinungen . 26

1. Unterabteilung: Psychopathie als Ursache des nervös-dyspeptischen Symptomenkomplexes 27

2. Unterabteilung: Psychisch bedingte (psychogene) Dyspepsie 34

3. Unterabteilung: Hysterie als Ursache der Dyspepsie . 49

4. Unterabteilung: Dyspepsie bei Zyklothymie 51

II. Gruppe: Erworbene Neurasthenie mit dyspeptischen Beschwerden 77

III. Gruppe: Nervöse Dyspepsie erzeugt durch pathologische Veränderungen des Magennervensystems 86

IV. Gruppe: Störungen der inneren Sekretion als Ursache des nervös-dyspeptischen Symptomenkomplexes 89

III. Kapitel: Zusammenfassung 90

Literaturverzeichnis 93

Digitized by Google

Digitized by Google

I. Kapitel.

Historische Einleitung.

Die Lehre der Nervösen Dyspepsie in den letzten 30 Jahren ist aufs engste mit den Namen Leube, Ewald, Stiller, Glénard, Strümpell und Déjérine verknüpft. Wohl wenige Gebiete der Inneren Medizin sind so heifs umkämpft worden wie gerade dieses. Prallten doch hier diametral entgegengesetzte Meinungen aufeinander, wurden doch Anschauungen geäufsert, die prinzipiell so verschieden waren, dafs man in Versuchung wäre zu zweifeln, dafs ein und dieselbe Krankheit gemeint ist. Unsere in dieser Arbeit niedergelegten Anschauungen sind auf dem Boden der früheren Forschungen gewachsen, zu ihrem Verständnis ist mithin eine historische Einleitung notwendig.

Wir übergehen die Ansichten von W. Cullen (1789), Maas (1841), Virchow (1853), A. Nonat (1862), sowie die der Amerikaner Beard und Rockwell (1869).

Eine fest umrissene Krankheit, der er den Namen Nervöse Dyspepsie gab, stellte erst Leube 1879 auf, indem er gewisse Formen der Magenleiden von dem damals noch die verschiedenartigsten Erkrankungen umfassenden chronischen Magenkatarrh und teilweise auch von dem Magengeschwür abtrennte. Es handelte sich bei dieser damals beschriebenen Nervösen Dyspepsie nicht um ein pathologisch-anatomisch wohlbekanntes, sondern um ein rein nervöses Magenleiden.

Leube leitete diese abzugrenzende Erkrankung von einer pathologischen Wirkung des Verdauungsaktes auf das Nervensystem ab. „Schon normalerweise empfinden eine grofse Zahl von Menschen als Folge jeder stärkeren Mahlzeit Symptome, welche sich als Gefühl leichten Unbehagens im Befinden kundgeben. So erscheint ganz gewöhnlich die Empfindung von Vollsein im Epigastrium, Kongestion zum Kopfe, leichte Erregbarkeit, daneben übrigens Abneigung gegen geistige Arbeit, Müdigkeit besonders in den Beinen,

76114

Digitized by Google

Schläfrigkeit.“ Nicht in einer chemischen Einwirkung des Verdauungsaktes auf das Nervensystem schienen jedoch Leube diese Veränderungen begründet, sondern in dem direkten mechanischen Reiz, welcher die Magennerven beim Beginn der Verdauung trifft. Wenn jedoch, führt Leube aus, diese noch in die physiologischen Grenzen fallenden nervösen Begleiterscheinungen der Verdauung in ungewöhnlicher Stärke auftreten, ohne dafs hierzu in der Art der jeweiligen Nahrungszufuhr die Veranlassung liegt, so können sie eine sehr ergiebige Quelle der Klagen bilden und schliefslich, indem sie dauernd werden, ein schweres chronisches Leiden veranlassen, dessen Grund lediglich in einer bei der Magenverdauung sich geltend machenden abnormen Reaktion der Magennerven und sekundär des Gesamtnervensystems zu suchen ist.

Diese gesteigerte Erregung und Erregbarkeit der Magennerven faſste Leube nicht als Symptom, sondern als eine selbständige Erkrankung und als den Kern des Leidens auf. Die Ursache der pathologischen Reaktion der Magennerven sei nur in ihnen selbst zu suchen. Motilität und Sekretionsverhältnisse des Magens sollten nach Leubes damaliger Ansicht intakt sein. Hiermit sei der Grundunterschied gegenüber den mit denselben nervösen Symptomen verlaufenden Dyspepsien gegeben, welche Folgen organischer Magenerkrankungen mit sekundären nervösen Symptomen sein sollten. Die Krankheit sei nicht selten und betreffe beide Geschlechter ziemlich gleichmäfsig. Charakteristisch für die Nervöse Dyspepsie sei fernerhin das Mifsverhältnis zwischen den grofsen subjektiven Beschwerden der Patienten und dem objektiven Resultat des jeweiligen Verdauungsaktes, indem der Magen 7 Stunden nach einer Probemahlzeit leer sei. Hierdurch könne jedenfalls eine gröbere Störung im Chemismus und der Motilität des Magens ausgeschlossen werden.

Schon damals betonte Leube die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen chronischem Magenkatarrh und Nervöser Dyspepsie. Dort beherrschen im Gegensatz zu hier die Appetitlosigkeit, die vermehrte Schleimsekretion, die Motilitätsstörung mit häufigem Erbrechen das Bild. In manchen Fällen sollen bei der Abgrenzung dieser beiden und noch anderer Erkrankungen des Magens eventuell nur die gelungenen resp. mifslungenen therapeutischen Mafsnahmen weiter helfen. Nur nebenbei wird erwähnt, dafs abgesehen von den dyspeptischen Symptomen sonstige „nervöse Erscheinungen“ und „hysterische Symptome“ sowie eine hypochondrische Stimmung vorkommen können. Eine genaue Beschreibung dieser eventuellen Begleiterscheinungen der Nervösen Dyspepsie wird nicht gegeben.

Digitized by Google

Die Prognose war nach Leubes Erfahrung keineswegs sehr günstig. Oft mufste er sich mit einem teilweisen Erfolg zufrieden geben.

Die Therapie sollte, entsprechend der Natur des Leidens, in erster Linie eine Kräftigung des Gesamtnervenlebens anstreben. Sie bestand in einer Kaltwasserkur, in Elektrisieren des Magens, bald von aufsen, bald von innen, in entsprechender Diät, die sich vornehmlich in einer Vermeidung schwerverdaulicher Nahrung und starker Mahlzeiten zu betätigen hatte.

Wenige Jahre später (1884) baute Leube vorwiegend die Magensymptomatologie der Nervösen Dyspepsie weiter aus. So wird erwähnt, dafs derartige Kranke, abgesehen von häufigem Aufstofsen, oft über ein quälendes Gefühl von Druck und Völle in der Magengegend klagen, während die Empfindlichkeit des Magens gegen Druck von aufsen nicht gesteigert ist. Sodbrennen, Übelkeit und Appetitlosigkeit belästigen den Patienten. Klagen über Kopfschmerzen oder Eingenommenheit des Kopfes, über Schläfrigkeit, Müdigkeit, Herzklopfen, Atmungsstörungen, Obstipation und Schwindel werden meist geäufsert.

Damals wandte sich Leube bei der Umgrenzung der Nervösen Dyspepsie zum erstenmal auch rein psychischen Veränderungen zu, die hierbei beobachtet werden. Nur 8% seiner Kranken klagten über trübe Stimmung, „wenn es auch selbstverständlich ist, dafs Patienten, welche den gröfsten Teil des Tages von unangenehmen Empfindungen gequält werden, zeitweise unter dem Drucke derselben stehen, und ein Mangel an Energie auf die Dauer nicht ausbleiben wird." Gewifs, meinte Leube, wird man nach nervöser Konstitution und Antezedentien fahnden, bei seinen Kranken fand er jedoch in höchstens $^1/_4$ der Fälle, dafs nervöse Symptome denen von seiten des Magens vorausgegangen waren. Die Neurasthenie will er als zwar nicht seltene, aber keineswegs alleinige Ursache der Nervösen Dyspepsie aufgefafst wissen, deren Entstehung in der Mehrzahl der Fälle durch unbekannte Ursachen bestimmt wird, wenn ihr auch in einzelnen Fällen eine Anämie, eine Intermittens, ein Nieren- oder Uterusleiden, in anderen Fällen ein Magenkatarrh oder eine sonstige allmählich ausheilende palpable Magenkrankheit vorausgegangen war. Durch alle diese ätiologischen Momente wird nach Leubes Anschauung immer zuerst eine peripher zu lokalisierende Übererregbarkeit der Magennerven verursacht. Noch immer ist also in der Mehrzahl der Fälle die gesteigerte Erregbarkeit der Magennerven das primäre und die Reaktion des Gesamtnervensystems das sekundäre.

Im Gegensatz zu der früher geäufserten Anschauung, dafs die

Digitized by Google

Beschwerden sich nur an die Verdauung anschliefsen gibt Leube jetzt zu, dafs es einige wenige Kranke gibt, welche auch bei nüchternem Magen über nervös-dyspeptische Erscheinungen klagen.

Eine vollkommen gegensätzliche Auffassung der Nervösen Dyspepsie, die schon vorher u. a. von Beard, Glax, Richter und Burkart geäufsert worden war, findet ihren beredten Vertreter in Ewald (1884). Der prinzipielle Unterschied liegt neben anderen späterhin zu erörternden Faktoren darin, dafs die Nervöse Dyspepsie nach Ewald und den obengenannten Autoren keine klinisch selbständige, wohlumgrenzte Krankheit, sondern ein Symptomenkomplex ist, der als Teilerscheinung der Neurasthenie oder Hysterie aufgefafst werden mufs, ja der oft, wenn objektive neurasthenische oder hysterische Symptome fehlen, als einziger Ausdruck dieser Neurosen anzusprechen ist.

Ewald wendet sich gegen die Ansicht Leubes, dafs nur der Magen betroffen sei und führt aus, dafs mindestens ebenso häufig gleichzeitig Darmstörungen beobachtet würden. Auch nach seiner Meinung sind pathologisch-anatomische Veränderungen nicht vorhanden und nachweisbare schädliche Reize nicht vorausgegangen. Trotzdem nimmt Ewald für keinen Fall von Nervöser Dyspepsie an, dafs die Funktionen von Magen und Darm intakt sind, sondern er glaubt, dafs eine relative Veränderung der sekretorischen oder mechanischen Arbeit der Verdauung vorhanden ist, ohne dafs deshalb krankhafte Prozesse auf der Schleimhaut oder in der Muskulatur bestehen. Im weiteren Gegensatz zu Leube betont Ewald, dafs die Beschwerden bei der Nervösen Dyspepsie keineswegs von der Nahrungsaufnahme abhängig zu sein brauchen und dafs auch ein ganz normal funktionierender Magen 7 Stunden nach einer Probemahlzeit nicht immer leer ist. Bezüglich der Prognose stimmt er mit Leube überein. Bezüglich der Therapie ergeben sich keine wesentlichen Meinungsverschiedenheiten.

Eine eingehende Schilderung der nervösen Symptome gibt auch Ewald nicht. Er erwähnt jedoch bei dem von ihm beschriebenen Krankheitsbilde einige psychische Veränderungen, die er beobachtet hatte. So z. B. fand er, dafs bei Nervösdyspeptischen die Stimmung während der Krankheit eine düstere und trübe wird. „Die Kranken sehen alles schwarz, machen sich unnötige Sorgen und verlieren den Rest von Lebensmut, den sie noch besafsen. Auch über Gedächtnisschwäche und Unfähigkeit, die Gedanken zu konzentrieren, wird geklagt.“ Später (1889) fügte Ewald als Zeichen der „allgemeinen Neurose“ noch die Unlust zu geistiger Arbeit, Gedankenträgheit, Zerstreutheit und Schlaflosigkeit bei.

Man ersieht aus der hier ausführlich vorgetragenen An-

Digitized by Google

schauung von Leube und Ewald, wie sehr diese Autoren nicht nur prinzipiell gegensätzlicher Meinung waren, sondern auch in allen Punkten, die sie für wesentlich halten.

Glax geht ebenfalls, wenn auch nur kurz, auf die psychische Seite der Nervösen Dyspepsie ein. Auch er hörte die Klagen über Unfähigkeit zu geistiger Arbeit und über „Gedächtnisschwund". Nach ihm ist jedoch die Stimmung bei der Nervösen Dyspepsie nicht nur eine trübe, sondern eine melancholische mit hypochondrischer Färbung. „Furchtgefühle der verschiedensten Art führen hie und da zum taedium vitae."

Burkart fand bei seinen Nervösdyspeptischen neben der deprimierten auch häufig eine gereizte Stimmung. Auf die von ihm veröffentlichten Krankengeschichten werden wir späterhin noch ausführlich zurückzukommen haben, gehören sie doch zu den wenigen, bei welchen auf die Beschreibung der psychischen Symptome einiger Wert gelegt wurde. Die von Burkart als objektive Zeichen der Nervösen Dyspepsie aufgeführten Druckpunkte des Bauchsympathikus (plexus hypogastricus superior, plexus solaris, plexus aorticus) wurden von späteren Beobachtern als durchaus inkonstant hingestellt, und ihnen eine pathognomonische Bedeutung nicht zuerkannt.

Auf den Streit der Meinungen, ob die Nervöse Dyspepsie den Namen Neurasthenia gastrica oder digestive Reflexneurose oder asthenische Dyspepsie bekommen sollte, sind wir absichtlich nicht eingegangen. Seit 30 Jahren hat sich der Name Nervöse Dyspepsie siegreich allen anderen Bezeichnungen gegenüber behauptet und sich so sehr in der medizinischen Welt eingebürgert, dafs es Torheit wäre, hier noch mit einer sprachlichen Kritik einsetzen zu wollen.

Ein Punkt verdient bei der Entwicklung der Lehre der Nervösen Dyspepsie noch besondere Würdigung. Von den bisher genannten Autoren war immer die pathologisch-anatomische Intaktheit der betroffenen Organe erklärt, resp. gefordert worden. Dem widersprachen nun anscheinend Befunde, wie Jürgens (1884) sie erhoben hatte. Diese sind bei der III. Gruppe des II. Kapitels ausführlich wiedergegeben.

Stiller steht im Jahre 1884 auf einem nicht wesentlich anderen Standpunkt als Ewald. Die von Leube geschilderte Nervöse Dyspepsie hält er für eine ganz kleine, aber gewifs wohl umschriebene Form in einer grofsen Krankheitsgruppe gleichen Namens. Er macht als erster darauf aufmerksam, wie häufig psychisch bedingte Dyspepsien als „nervöse" angesprochen werden. So erzählt er als Beispiel, dafs bei einem seiner Kranken mit An-

Digitized by Google

tritt eines neuen Amtes, welches ungewohnte Arbeit und Verantwortlichkeit erforderte, nächtliche Flatulenz, Alpdrücken, Depression des Gemüts und schwere Dyspepsie auftrat. Er wurde erst gesund, als er einen Adlatus erhielt, der einen Teil der Lasten übernahm. „Dafs Menschen nach Vermögensverlusten magenkrank werden und es bleiben, bis sich ihre Verhältnisse zum besseren wenden, ist eine alltägliche Erfahrung; manche bleiben es für immer", ist eine sehr richtige Charakterisierung einer bestimmten Gruppe. Abweichend von Leube betont er, dafs die Symptome der Nervösen Dyspepsie sich nicht wesentlich von den dyspeptischen Zeichen bei organischen Magenleiden, besonders des chronischen Katarrhs unterscheiden. Er macht darauf aufmerksam, dafs in der übergrofsen Mehrzahl der Fälle die Nervöse Dyspepsie die Folge einer Neurasthenie sei (Stiller unterscheidet eine cerebrale und eine spinale Form). Daher komme es, dafs man sie mehr in Städten als auf dem Lande, häufiger bei geistigen als bei körperlichen Arbeitern, mehr bei vorgeschrittener Kultur und ihren komplizierteren Anforderungen als bei einfachen Lebensverhältnissen antreffe.

Grofses Gewicht legt Stiller auf die Veränderlichkeit, die geringe Konstanz und die Launenhaftigkeit der dyspeptischen Symptome. Er hebt deren Unverhältnismäfsigkeit, ihr den Verhältnissen und Ursachen nicht entsprechendes Verhalten hervor. „So z. B. kann die unschuldigste, ihrer Qualität nach leichtverdaulichste Speise einen Sturm dyspeptischer Beschwerden heraufbeschwören und die gleiche Speise wird nach 2 Tagen ohne jedes Widerstreben der Appetenz und ohne jede Reaktion der Verdauung vertragen." Stiller hält die Nervöse Dyspepsie für sehr häufig. Bei den ihn konsultierenden zahlreichen Magenkranken stellte er in ca. 60-70% diese Diagnose. (Beard und Rockwell geben 90% an!) Einen neuen Gesichtspunkt finden wir bei Stiller in der Prognosestellung. Er handelt nicht alle Fälle mit einer gemeinsamen Prognose ab, sondern betont sehr richtig, dafs sie sich nach den ätiologischen Momenten richte. Eine psychische Dyspepsie habe eine günstigere Prognose als die bei allgemeiner Neuropathie auftretende, oder die der idiopathischen Nervösen Dyspepsie (die im allgemeinen dem von Leube skizzierten Krankheitsbild entspricht). Als ätiologische Momente spielen psychische Alterationen, Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, Übermüdung, unklare kleine ständige Reize auf das Nervensystem und reflektorische Erregungen durch Erkrankungen anderer Organe eine Rolle. — 23 Jahre später äufsert Stiller wesentlich andere Ansichten über Nervöse Dyspepsie. Mit diesen werden wir uns noch später zu beschäftigen haben.

Digitized by Google

Leyden (1885) steht auf einem zwischen Leube und Ewald vermittelnden Standpunkt. Er nimmt zwar an, dafs die Nervöse Dyspepsie zu den Neurosen gehört, meint aber trotzdem, dafs sie eine ganz bestimmte wohlcharakterisierte Krankheit sei. Es scheint ihm nicht gerechtfertigt, a priori vorauszusetzen, dafs die Verdauungstätigkeit des Magens immer intakt ist. Auch Leyden betont als sehr wichtiges ätiologisches Moment psychische Einflüsse wie Depressionen, besondere Ereignisse, Sorgen, Aufregungen und lebhaftes Erschrecken.

Die folgenden Jahre waren nun grofsenteils den Magenuntersuchungen der Nervösdyspeptischen gewidmet; denn bald sollte es sich herausstellen, dafs die von Leube ursprünglich angenommene Intaktheit der Motilität und des Chemismus des Magens nicht den Tatsachen entsprach, dafs also der von ihm mit Nachdruck betonte Grundunterschied der Nervösen Dyspepsie gegenüber organischen Magenerkrankungen hierin nicht gefunden werden konnte. Schon 1885 stellte Schellhaas, ein Schüler Riegels, in dem Mageninhalt Nervösdyspeptischer fehlende Salzsäure, ja sogar in einem Falle Milchsäure fest. 1886 führt Riegel selbst aus, dafs man das Vorkommen von Störungen der Saftsekretion auch auf nervöser Basis, also eine Nervöse Dyspepsie mit veränderter Saftsekretion — wenn auch als seltenes Vorkommnis — anerkennen müsse. Ein Jahr später berichtet Riegel über die Untersuchungen bei 9 Fällen von Nervöser Dyspepsie. Bei 8 waren Motilität und Sekretion normal, bei einem Kranken bestand eine Hyperacidität. 1888 folgt aus der Leydenschen Klinik eine Arbeit von Wiefsner, derzufolge die Motilität bei Nervöser Dyspepsie intakt sein soll, eine Änderung des Chemismus im Sinne einer Hypersekretion aber oft beobachtet werde. Spätere Untersuchungen aus der Leydenschen Klinik (1890) von Herzog zeitigen von der Ansicht Wiefsners abweichende Resultate. Herzog untersuchte 14 Fälle von Nervöser Dyspepsie. 5mal fand er motorische Schwäche mit Hyperacidität, 3mal mit normaler Acidität und 1mal mit Subacidität, endlich mehrfach gute motorische Kraft mit Hyperacidität. So kommt er zu dem Schlufs, dafs eine Nervöse Dyspepsie mit guter motorischer Kraft und richtiger Sekretion selten sei. Er scheut sich nicht, den Schlufs aus diesem Ergebnis zu ziehen, dafs nämlich die Differentialdiagnose der Nervösen Dyspepsie gegenüber anderen Magenkrankheiten auf Grund der Ergebnisse der Probeausspülung mit Sicherheit nicht zu stellen sei, da jede ihrer wechselnden Erscheinungsformen auch das Resultat einer anatomischen Läsion sein könne.

Auch Leube kann sich diesen Ergebnissen nicht verschliefsen.

Digitized by Google

Geigel und Abend (1892) fassen in einer Arbeit aus der Leubeschen Klinik die Nervöse Dyspepsie zwar immer noch in den meisten Fällen als perverse Reaktion der sensiblen Magennerven auf, doch geben sie zu, daſs es keineswegs ausgeschlossen ist, ja, daſs einzelne ihrer Beobachtungen entschieden dafür sprechen, daſs eventuell auch einmal eine veränderte Salzsäureabscheidung eine wichtige primäre Rolle spielt, „und während in anderen Fällen ein allgemein hygienisches Regime der indicatio causalis am besten Genüge leistet, ist es sehr wohl möglich, in dieser kleinen Anzahl von Fällen der indicatio morbi mit gutem Erfolg Rechnung zu tragen, indem man diätetisch und medizinell den Säuregehalt des Magensaftes zu beeinflussen sucht."

Soupault fand unter 61 Nervösdyspeptischen 27mal Hyperchlorhydrie und 26mal Hypochlorhydrie, mithin nur bei 8 Kranken normale Aziditätsverhältnisse.

Den prägnantesten Ausdruck finden die Störungen der Motilität und Sekretion des Magens bei Nervöser Dyspepsie in einer ferneren Arbeit Herzogs aus dem Jahre 1898. Er meint, daſs im gegebenen Falle immer eine Sensibilitätsneurose vorliege, daſs aber die Nervöse Dyspepsie aufserdem eine Motilitäts- und Sekretionsneurose sein könne. Alle möglichen Verschiedenheiten können sich kombinieren. Es kann die Motilität gestört sein und gleichzeitig Hyper-, Sub- und normale Azidität bestehen. Analoge Sekretionsverhältnisse können bei guter motorischer Kraft angetroffen werden.

In letzter Zeit haben sich bezüglich der Sekretion und Motilität alle Autoren dahin geeinigt, daſs man die verschiedenartigsten Abweichungen von der Norm, insbesondere aber auch Schwankungen bei ein und demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten antreffen könne. Auch Leube teilt diese Ansicht (Spezielle Diagnostik der inneren Krankheiten, 1904) und faſst nunmehr die Nervöse Dyspepsie, was Sensibilität und Sekretion anlangt, als eine kombinierte Magenneurose auf. Im übrigen weicht er nicht wesentlich von seiner früheren Darstellung ab.

Es war wohl zu erwarten, daſs nicht lange Zeit verstreichen würde, ehe man nach organischen Grundlagen der Nervösen Dyspepsie suchen würde. Boten doch greifbare Veränderungen weit bessere Angriffspunkte für Diagnose und Therapie, als die Annahme, es nur mit nervösen Zuständen zu tun zu haben.

Für einen groſsen Teil der Krankheitsbilder, welche als Nervöse Dyspepsie diagnostiziert worden waren, glaubte Glénard (1885) eine palpable, wohl erkennbare anatomische Veränderung in der Lage der Baucheingeweide verantwortlich machen zu dürfen,

Digitized by Google

nämlich die Enteroptose. Mit dieser Ansicht war der Anstofs gegeben zu einer Fülle von Untersuchungen, welche über die anatomische Ursache der Nervösen Dyspepsie Aufschlufs geben sollten.

Glénard fand eine grofse Anzahl von Kranken mit Symptomen, wie sie bei der Nervösen Dyspepsie vorkommen, die gleichzeitig an einer Entero- resp. Splanchnoptose litten. Die Beschwerden seiner Kranken verloren sich nach Beseitigung der Lageanomalie der Baucheingeweide durch eine gutsitzende Binde und fernere entsprechende therapeutische Mafsnahmen. Dieser Autor machte nun bei einer aufserordentlich grofsen Zahl von Nervösen Dyspepsien diese Splanchnoptose als ursächliches Moment verantwortlich.

Von einer ganzen Reihe von französischen Autoren wurde ihm hierin lebhaft beigestimmt, wir nennen nur Féréol, Hayem und Dujardin-Beaumetz. In Deutschland beschäftigte sich zuerst Ewald (1890), eingehend mit der „maladie de Glénard", wie sie von den Franzosen genannt wird. Ewald fand die geschilderte Enteroptose weit weniger häufig als Glénard und glaubte, dafs jener bezüglich Ausdehnung und Masse der Splanchnoptotiker zweifellos übertrieben habe. Er gab zu, dafs bei ausgesprochener Splanchnoptose ein Symptomenkomplex ähnlich dem der Nervösen Dyspepsie entstehen könne. Er erklärt diesen Symptomenkomplex auf mechanischem Wege: durch Zerrung des Bandapparats, an welchem die Därme aufgehängt seien, entstehe ein direkter Reiz sensibler Nerven und auf dem Reflexweg Störungen in der Zirkulation der Darmgefäfse, in der sekretorischen Funktion der Schleimhäute und in der motorischen Tätigkeit der Muskulatur. Mit Recht wandte sich Ewald dagegen, diese nach seiner Ansicht nicht sehr zahlreichen Fälle von Enteroptose, welche das Bild der Nervösen Dyspepsie vortäuschen, auch hierzu zu rechnen. „Wenn man die Definition der Nervösen Dyspepsie, wonach es sich um dyspeptische Erscheinungen ohne lokal nachweisbare Alterationen handelt, innehält, so gehören die Fälle, in denen man eine klinisch nachweisbare Abweichung von der Norm als Splanchno- und Gastroptose findet, nicht mehr in das Gebiet der Nervösen Dyspepsie, sondern müssen aus demselben ausgesondert werden, vorausgesetzt, dafs sich die bisherigen Erfahrungen bestätigen."

Glénard nahm an, dafs die Störungen des abdominalen Gleichgewichts, welche die Enteroptose charakterisieren, die Grundlage der Dyspepsie und diese wiederum der Ursprung der Neurasthenie sei. Hierin wurde er von Hayem unterstützt, der nicht zugeben wollte, dafs Magenstörungen als Folge der Neurasthenie auftreten können. („La neurasthénie ne peut être que secondaire.")

Digitized by Google

Allein schon Charcot bekämpfte diese Anschauung. Noch deutlicher drückt sich Bouveret aus, indem er behauptet, dafs die Enteroptose das frühere oder spätere Ergebnis der gastrointestinalen Atonie sei, die aber ihrerseits, ebenso wie alle anderen Symptome dieses Krankheitszustandes, auf der Nervenschwäche beruhe. „Die Neigung, den Ausgangspunkt der Neurasthenie, also auch der Nervösen Dyspepsie in den kranken Magen zu verlegen, erinnert sehr an den Irrtum der Pathologen, die lange Zeit die Hysterie aus dem Uterus oder den Ovarien entstehen liefsen." Bouveret wie Charcot rechnen dyspeptische Erscheinungen zu den „Stigmata" der Neurasthenie.

Bald mehrten sich die Stimmen, die dagegen Protest erhoben, eine festgestellte Enteroptose unter allen Umständen als die Ursache der Nervösen Dyspepsie anzusprechen. So betont Einhorn, dafs ausgesprochene Enteroptose bestehen könne, ohne die geringsten Symptome zu zeitigen. Stiller (1899) stellte fest, dafs der Zusammenhang zwischen Enteroptose und Nervöser Dyspepsie keineswegs immer ein solcher sei, wie Glénard meinte. Er führt Fälle an, die mit Enteroptose behaftet waren und nervös-dyspeptische Störungen hatten. Bei diesen Individuen blafste die Neurose und mit ihr die Dyspepsie in höherem Alter ab, die Enteroptose blieb aber nach wie vor bestehen. Für Stiller sind zwar Enteroptose und Nervöse Dyspepsie auch identisch, aber in anderem Sinne, wie Glénard meinte. Wir können hier späterhin zu besprechende Anschauungen überspringen und uns im Anschlufs an die Lehre Glénards mit der jüngst von Stiller (1907) festgelegten Meinung über die Nervöse Dyspepsie beschäftigen.

Nach Stiller (1907) entsteht die Enteroptose auf Grund der Asthenie, einer konstitutionellen Anlage. Eine weitere Teilerscheinung dieser von Stiller so benannten Asthenia universalis congenita ist die Nervöse Dyspepsie. Diese ist also nicht ein morbus sui generis, oder ein Symptom der allgemeinen Neurasthenie, sondern vielmehr der fast immer mit ihr vergesellschafteten Atonie und Ptose des Magens, sowie der Enteroptose (die er als Attribute der Asthenie bezeichnet) koordiniert. Als Komponente der Asthenie beruht mithin auch die Nervöse Dyspepsie auf einer angeborenen Disposition, einer konstitutionellen Anlage. Natürlich kann Enteroptose ohne Nervöse Dyspepsie und umgekehrt, vorkommen, allein immer wird Habitus und Stigma, meint Stiller, auf den richtigen Weg weisen. Die krankhaften Sensationen der Nervösdyspeptischen haben ihre Hauptquellen in nervösen Einflüssen, welche zum Teil örtlich vom asthenischen

Digitized by Google

Bauchsympathikus, zum Teil von der zentralen Hyperaesthesie, vorwiegend aber von der psychischen Verfassung ausgehen.

Das Seelenleben spielt nach Stiller in der Ätiologie der Nervösen Dyspepsie nur deshalb eine so grofse Rolle, „weil die schon normaliter zwischen Magenfunktion und Psyche sehr enge Beziehung um so vielgestaltiger und wirkungsvoller bei einem krankhaft reizbaren Nervensystem — wie wir es bei der Asthenie finden — werden mufs." Stiller behauptet, dafs alle anderen Formen der Nervösen Dyspepsie, z. B. die Leubesche, die später zu besprechende Strümpellsche, ferner die nicht der Asthenie entsprechende neurastenische Dyspepsie usw. alle zusammengenommen nur eine „verschwindende Minderzahl" gegenüber der von ihm geschilderten kongenital-asthenischen Dyspepsie ausmachen. Zweifellos schiefst Stiller weit übers Ziel hinaus mit dieser Behauptung und der daran anschliefsenden Aufstellung des Satzes, dafs das Kapitel der Nervösen Dyspepsie in den Lehrbüchern fortan sowohl in der Pathogenese als in der Semiotik von Grund auf im Sinne der Asthenie umgearbeitet werden müsse.

Nach der Ansicht fast aller bisher genannten Autoren gehören zur Nervösen Dyspepsie allgemein-nervöse Symptome, die aber bei zahlreichen einschlägigen Krankheitsbildern sich keineswegs mit den bei echter Neurasthenie beobachteten Symptomen immer decken. Vielmehr registrierte man auch psychische Veränderungen, wie sie der Neurasthenie nicht eigentümlich sind. Nach und nach kam man nun, speziell von seiten derjenigen, welche den primären Sitz der Nervösen Dyspepsie in den Magen verlegten dazu, Erklärungsmöglichkeiten für die oft recht in die Augen springenden psychischen Anomalien zu suchen und zu finden. Anhaltspunkte hierfür gewährten frühere psychiatrische Erklärungsversuche der Entstehung von Psychosen auf Grund körperlicher Störungen. Man mufs wohl gemerkt haben, dafs die manchmal bei sogenannten Nervösdyspeptischen beobachtete Verstimmung nahe an eine Melancholie grenzte. So suchte man bei der jetzt allerdings mit vollstem Recht längst verlassenen psychiatrisch-ätiologischen Betrachtungsweise Rat.

Schon Flemming (1845) macht auf häufige Unregelmäfsigkeiten und Störungen in den Funktionen der Verdauungswerkzeuge im Verlaufe zahlreicher Geistesstörungen aufmerksam. Er glaubte in der Regulierung jener Funktionen ein wirksames Verfahren zur Behandlung dieser Geisteskrankheiten empfehlen zu können. Nach seiner Ansicht entstand unter Umständen die Hypochondrie durch Verdauungsstörungen. Auch Romberg (1853) ist „weit davon entfernt, Störungen in den Digestionsorganen als

Digitized by Google

ursächliche Momente für die Entstehung der Hypochondrie zu leugnen". Schroeder van der Kolk (1863) beschreibt sogar Melancholieformen, die vom colon ausgehen. Griesinger (1861) „wollte in keiner Weise bestreiten, dafs infolge von Krankheiten des Unterleibs Irrsinn entstehen könne." Schüle spricht 20 Jahre später noch von einer durch Kummer, Hypochondrie, Verzweiflung und Selbstanklagen charakterisierten „intestinalen Melancholie", „welche so oft sich ihre glänzende Heilung direkt aus dem Karlsbader Sprudel holt". Bis in die jüngste Zeit hinein konnten sich derartige Ideen behaupten, so dafs noch Krafft-Ebing (1897) es für zweifellos erwiesen hielt, dafs schon der akute, noch mehr aber der chronische Magenkatarrh nicht blofs die Stimmung beeinflusse, sondern auch Psychosen häufig genug hervorrufe, die dann meist den Charakter der Melancholie mit hypochondrischer Färbung an sich trügen.

In neuester Zeit ist es vor allem Robertson (1902), der die Melancholie nur als gastrointestinale Autointoxikation aufgefafst wissen will.

Unter dem Einflufs dieser Autoren ist wohl auch die nachfolgende ausgezeichnet beobachtete Schilderung der psychischen Verfassung mancher Nervösdyspeptischer von Hillenbrand entstanden. Wir zitieren sie hier, sowohl weil es sich um eine der ganz wenigen eingehenden Beschreibungen derartiger Krankheitsbilder handelt, als auch, weil wir nach dieser Beschreibung eine zyklothyme Depression wohl mit Sicherheit annehmen dürfen. Auf die Stellung der Zyklothymie zur Nervösen Dyspepsie kommen wir im II. Kapitel ausführlich zu sprechen:

„Der Einflufs der Magenkrankheiten auf die Funktion des Geistes ist allgemein bekannt.

Bei den meisten Magenleidenden macht sich eine gewisse Gemütsdepression geltend, die sich unter Umständen erheblich steigern kann. Das Innere des Kopfes erscheint schwer, brennend, zuweilen aber auch leicht und leer; ein Zustand, welcher den Patienten meist mehr beunruhigt als der erstgenannte. Die Denkkraft wird schwach und geistige Arbeit bereitet ihm Schwierigkeiten; er ist nicht imstande, seinen Ideen eine bestimmte Richtung zu geben, oder dem Gange einer Unterhaltung zu folgen. Meist sind es trübe Bilder, die sich in seinen Gedankengang drängen und ihn mitunter in Träumereien verfallen lassen. Auch das Gedächtnis hängt von dem Zustande des jeweiligen Magenleidens ab. Die Willenstätigkeit leidet nicht minder. Der Patient wird unentschlossen und kann sich nicht leicht zu irgend einem Schritte aufraffen. Er spricht ebenso langsam wie er denkt. Zuweilen stellen sich üble Laune, Reizbarkeit, Melancholie, Furchtgefühle, besonders Furcht vor Wahnsinn und sogar taedium vitae ein."

Neue Nahrung bekam diese Richtung, Magenanomalien und psychische Veränderungen in kausalen Zusammenhang zu bringen

Digitized by Google

durch eine Arbeit von Noordens (1887), der klinische Untersuchungen über die Magenverdauung vorwiegend bei Melancholischen (was ging damals nicht alles unter diesem Sammelnamen!) anstellte und meist eine beschleunigte Entleerung des Magens sowie Hypersekretion fand.

Placzek stellte bei Melancholischen das Gegenteil fest, während Leubuscher und Ziehen sich insofern vermittelnd ausdrückten, als sie durch zahlreiche sorgsamste Untersuchungen gefunden hatten, dafs jedenfalls nicht immer bei der Melancholie eine Hypersekretion angetroffen wird.

Alle diese Untersuchungen haben heutzutage keinen grofsen Wert mehr, weil man in der damaligen Zeit unter Melancholie noch die verschiedenartigsten Zustandsbilder zusammenfafste.

Ganz besonderes Aufsehen erregte aber eine eingehende Arbeit von Alt (1892) welche der Ansicht Vorschub leistete, dafs die bei Nervöser Dyspepsie so häufig beobachtete intensive Verstimmung allein auf die Magenveränderungen zurückzuführen sei. Alt glaubte für das Entstehen gewisser Neurosen und Psychosen chronische Magenkrankheiten verantwortlich machen zu können. Er meinte, Neurosen gastrischen Ursprungs diagnostizieren zu dürfen, weil angeblich den nervösen resp. psychischen Veränderungen schon allerlei dyspeptische Beschwerden eine zeitlang vorausgegangen waren und die psychischen Anomalien zum Teil nach einer intensiven Behandlung des Magendarmkanals, meist allerdings nur ganz vorübergehend, zurückgetreten waren. Trotzdem Alt selbst zugibt, dafs die gastrischen Krankheitszeichen ganz in den Hintergrund traten gegenüber den mannigfachen recht hochgradigen Anomalien von seiten des Nervensystems und der Psyche, deretwegen die Kranken kamen, glaubt er doch auf sie als ätiologischen Faktor zurückgreifen zu dürfen. Nach der genauen psychischen Analyse der einzelnen Kranken, welche Alt gibt, unterliegt es keinem Zweifel, dafs es sich bei dem gröfsten Teil seiner Patienten um psychopathische oder hysterische Individuen handelte, die an einem Depressionszustand im Sinne des Manisch-depressiven Irreseins resp. der Zyklothymie erkrankt waren. Es ist ohne weiteres verständlich, dafs bei solchen Individuen stark eingreifende Prozeduren wie Magenspülungen usw. auf suggestivem Wege einen solch starken Einfluſs ausüben können, dafs fast momentan eine Änderung in ihrem Befinden eintritt, um so mehr, wenn sie sich von ihrem Arzt psychisch verstanden wissen — und fast nur der geschulte Psychiater kennt die Symptomatologie derartiger Zustände. Er weifs aber auch, welche grofse Rolle das Verstehen der die Kranken sehr beängstigenden Symptome spielt. Wir bezweifeln die

Digitized by Google

exakte Schilderung der Krankheitszustände von seiten Alts keineswegs, nur haben sie infolge ihrer mifslungenen Erklärung und Deutung für die Lehre der Nervösen Dyspepsie eine direkt verhängnisvolle Wirkung gehabt. Alt gibt nämlich eine anfänglich vielleicht ganz plausibel klingende Erklärung der psychischen Veränderungen. So hält er z. B. die Depression sowie „die Abstumpfung des Interesses für das, was sonst den Kranken lieb und teuer war" für nicht weiter befremdlich bei der Schwere der subjektiven Erscheinungen. Die in gesunden Tagen unbekannte Erregbarkeit und Reizbarkeit, sowie die Neigung in leicht hypochondrischer Weise sich zu beobachten erscheint ihm nicht besonders auffallend.

Die Angst wird mechanisch (!) erklärt. Die Magennervenendigungen sind gereizt durch die allzulang verweilenden Ingesta und durch abnorme Gärungen. Dieser Reiz pflanzt sich auf dem Wege der Vagosympathicusbahn zentralwärts fort und erzeugt eine Hyperaesthesie in der zugehörigen in der Medulla oblongata gelegenen Ursprungsstätte, deren Erkrankung sich als Angst dem Bewufstsein darstellt. (!!) Durch das Schreckgespenst der Angst wird dem Kranken dann „natürlich" jede Lebensfreude vergällt, die Stimmung wird immer düsterer, die Hoffnung, dafs es je anders werden kann, wird immer geringer und schwindet schliefslich ganz. Lebensüberdrufs und Selbstmordgedanken stellen sich ein. Symptome psychomotorischer Hemmung werden auf natürlichem Wege erklärt: „Der Kranke hat soviel mit sich und dem eigenen Leid zu schaffen, dafs er für nichts anderes mehr Sinn hat." (!!) Die Angst verhindert die Kranken an der Arbeit und zwingt sie zu einem von ihnen selbst am meisten unangenehm empfundenen Nichtstun.

Diese Beispiele mögen genügen. Man mufs sich nur immer wieder fragen, warum ein sonst so unschuldiger Magenkatarrh oder eine harmlose Magenerweiterung so tiefgreifende psychische Umwälzungen zeitigen kann, während diese bei so viel schwereren Erkrankungen des Magens wie beim Ulcus oder Carcinom nie gefunden werden!

Wir glauben, dafs man sich nach dem heutigen Stande der Psychiatrie auf eine Diskussion der hier erörterten Anschauungen nicht einzulassen braucht. Was Magen und Neurose anlangt, so sind Ursache und Wirkung willkürlich miteinander vertauscht worden. Auf dem Boden einer unbegründeten Hypothese sind die gewagtesten Schlüsse gezogen worden. Heutzutage sind wir wohl in der Psychiatrie vorsichtig genug geworden, psychotische Veränderungen nur zu registrieren, ohne uns auf Erklärungen „des gesunden Menschenverstandes" einzulassen. Wir betrachten die

Digitized by Google

einzelnen psychischen Symptome als koordinierte Erscheinungen der Psychose, deren Entstehungsmodus sich unserer Kenntnis völlig entzieht, für die wir ebensowenig eine Erklärung wie für die Entstehung von Wahnideen abzugeben imstande sind.

Die gleichen Überlegungen gelten für die von Herzog (1899) geäufserten Ansichten. Er machte nicht Magen, sondern Dickdarmaffektionen für Neurosen verantwortlich, die, was die Krankheitsbilder betrifft, zur gleichen Gruppe der von Alt beschriebenen gehören.

Gefährlich waren diese offenbar grofsen Anklang findenden Ansichten Alts deshalb für die Lehre der Nervösen Dyspepsie, weil man sich damit begnügte, die psychischen Veränderungen einfach als Autointoxikation aufzufassen, so dafs die Behandlung der causa peccans, des Magens, mit doppeltem Nachdruck in Angriff genommen wurde. Ferner aber gewöhnte man sich daran, die psychischen Veränderungen der Nervösdyspeptischen als selbstverständliche Folgen der Beschwerden aufzufassen: Die Verstimmung war ja nur natürlich, selbst wenn sie einer Melancholie aufs Haar glich, der Selbstmord nur begreiflich, weil man ein so lange dauerndes Leiden nicht länger mit Geduld ertragen wollte. Die Altschen Überlegungen spiegeln sich in der Darstellung der Nervösen Dyspepsie in der auf seinen Aufsatz folgenden Zeit deutlich wieder.

Bevor wir die heutigen Ansichten über Nervöse Dyspepsie noch kurz skizzieren, müssen wir der Richtung einiger weniger Autoren gedenken, welche psychische Momente bei Entstehung der Nervösen Dyspepsie studierten und besonders betonten.

Rosenbach (1897) machte auf Kranke aufmerksam, bei welchen eine oft sehr langdauernde Dyspepsie im Anschlufs oder bald nach heftigen Erregungen oder Gemütserschütterungen auftrat. Er wollte diese Fälle, die sich von der konstitutionellen Dyspepsie durch den akuten Beginn nach psychischem Trauma unterscheiden, unter dem Namen Emotionsdyspepsie zusammengefafst wissen. Die Kranken gehörten ihrem Habitus nach nicht zu den Anämischen oder Neurasthenischen, vielmehr handelte es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um robuste gesunde Männer und Frauen. Erst bei längerem Bestehen der Erkrankung sah Rosenbach neurasthenische Symptome auftreten. Der Name ist neu und von Rosenbach gut gewählt. Im übrigen handelt es sich aber wohl um Wiederbeschreibung der schon von Stiller 1884 geschilderten Krankheitsbilder.

In einer kurzen aber ausgezeichnet prägnanten Arbeit macht Strümpell (1902) auf die vielgestaltigen von ihm so genannten

Digitized by Google

„psychogenen Dyspepsien“ aufmerksam. Er glaubt, dafs die überwiegende Mehrzahl der Nervösen Dyspepsien von primären Veränderungen des Vorstellungslebens der Patienten abhängig ist. Er führt den Nachweis des abnorm veränderten Bewufstseinsinhaltes bei derartigen Kranken durch eine genaue Anamnese und in der direkten Beobachtung des psychischen Verhaltens der Patienten. So findet er häufig Zeichen allgemeiner psychischer Erregung, vor allem aber gewisse Angstzustände, verbunden mit Herzklopfen, Beklemmung, Unruhe, Schwindelgefühl, Eingenommensein des Kopfes und dergl. Die Kranken haben ferner Vorstellungen ängstlichen Inhalts, die sich mit ihrem körperlichen Befinden, insbesondere mit der vermeintlichen Magenaffektion beschäftigen. Von besonderer diagnostischer Wichtigkeit erschien es Strümpell, dem Ursprung und dem ersten Auftreten der ängstlichen Vorstellungen nachzugehen, was z. B. dann möglich war, wenn sie sich an bestimmte Erlebnisse der Kranken anschlossen. „So sehen wir z. B. zuweilen bei dem Angehörigen eines an einer Magenkrankheit Gestorbenen aus Anlafs dieses Ereignisses ziemlich plötzlich die Angst entstehen, von einem ähnlichen Leiden befallen zu sein. Die auf diese Weise hervorgerufenen ängstlichen Vorstellungen überwiegen unter Umständen an Lebhaftigkeit und Betonung so sehr alle anderen Vorstellungen, dafs jede ruhige Überlegung aufhört und die krankhaften Angstvorstellungen ganz die führende Rolle im Bewufstsein übernehmen. Der ängstliche Bewufstseinszustand verändert das ganze Denken und Urteilen des Betreffenden. Die verschiedensten subjektiven Empfindungen in der Magengegend stellen sich ein, die Nahrungsaufnahme wird verändert, — kurzum das Krankheitsbild der „Nervösen Dyspepsie“ ist fertig.“ Strümpell betont, dafs in dem Auftreten derartiger ängstlicher Vorstellungen noch nichts Krankhaftes liegt. „Die Krankheit beginnt erst dann, wenn diese Vorstellungen eine ihrem objektiven Wert und Inhalt nicht mehr entsprechende, übergrofse Lebhaftigkeit gewinnen, so dafs ihre Korrektur durch andere Vorstellungen nicht mehr möglich ist und sich deutlich die Folgeerscheinungen auf körperlichem Gebiet geltend machen. Die Möglichkeit des Entstehens derartiger „überwertiger“ Vorstellungen, liegt wohl stets in einer abnormen psychopathischen Veranlagung der betreffenden Persönlichkeit begründet.“

Ganz besonderen Nachdruck legt aber Strümpell mit vollstem Recht auf die Konstatierung der Tatsache, dafs bei derartigen Fällen die Angst das primäre und nicht, wie man bislang annahm, das sekundäre Moment, die Folge der Magenerkrankung sei. Er spricht das erlösende Wort, „nicht das Magenleiden macht den Menschen zum Hypochonder, sondern die Hypochondrie macht den

Digitized by Google

Menschen zum Magenkranken". Des weiteren führt Strümpell klar und präzis aus, wie derartige primär abnorm betonte Vorstellungen körperliche Störungen, hier also Beschwerden von seiten des Magens auslösen können, ferner, daſs subjektive Empfindungen infolge von Vorstellungen, deren Inhalt einer erwarteten oder gefürchteten Empfindung entspricht, entstehen können.

Den Beweis für die Richtigkeit seiner Auffassung sieht Strümpell in der Wirksamkeit einer rein psychischen Therapie in allen hierher gehörigen Fällen. „In unzähligen Fällen gelingt es, auf rein psychischem Wege, d. h. durch Korrektur, Widerlegung und Beseitigung, Zurückdrängung und Unterdrückung der abnormen Affektvorstellungen ängstlichen Inhalts ein normales Vorstellungsleben wieder herzustellen und damit die ganze Reihe der somatischen Folgeerscheinungen zu beseitigen."

Unseres Erachtens ist durch diese Ausführungen Strümpells ein völlig neues Moment in die Lehre der Nervösen Dyspepsie hineingekommen, das ein Streiflicht auf zahlreiche sonst nicht richtig zu deutende und behandelnde Krankheitsbilder wirft. Diagnostisch, prognostisch und therapeutisch war man durch Beherzigung der Strümpellschen Lehre einen groſsen Schritt weitergekommen.

Auſserordentlich beachtenswert und fruchtbar sind die Überlegungen von Dubois (1905), der feststellt, daſs fast jede Psychoneurose mit Dyspepsie vergesellschaftet ist und daſs 90% der Dyspeptischen Psychoneurotiker sind, eine Ansicht, die auch Raymond auf das energischste vertritt: „il est bien peu de névroses (neurasthéniques et psychasthéniques) qui ne soient en même temps des dyspeptiques par dilatation, par atonie, par alterations des sécretions gastriques et intestinales." Die gemütliche Veränderung ist für Dubois stets das primäre. „Anstatt immer und ewig zu wiederholen, daſs nichts so stark auf die Stimmung einwirke als die Krankheit des Magens, würde man besser tun zu sagen, nichts störe so sehr die Magenfunktionen wie die trüben Stimmungen." Zweifellos geht aber Dubois zu weit, wenn er behauptet, daſs die Diagnose der Nervösen Dyspepsie psychoneurotischen Ursprungs meist schon aus der „Verfassung der Persönlichkeit" zu stellen sei, und daſs nur in gewissen Fällen, bei welchen die gastrischen Störungen sehr stark in den Vordergrund treten, eine vollständige Untersuchung des Magens notwendig sei, eine Untersuchung, vor welcher Déjérine und Gauckler sogar warnen. Auch Déjérine (1906) geht bei der Beurteilung der Nervösen Dyspepsie von der psychischen Verfassung der Kranken, für die er den treffenden Namen „les faux gastropathes" wählt, aus.

Digitized by Google

In einer unter Déjérines Leitung entstandenen ausführlichen Arbeit charakterisiert Chaudron sehr gut und treffend diese „faux gastropathes", Individuen, die im allgemeinen als Nervösdyspeptische bezeichnet werden. Bei seinen Kranken konnte immer eine psychische Ursache der Magenstörungen festgestellt werden. Kranke, die 8, 10 ja 15 Jahre vermeintlich magenkrank waren, wurden von Déjérine und seiner Schule allein durch die dort hochentwickelte Psychotherapie — in Verbindung mit völliger Isolierung für die Anfangszeit — geheilt, aber nicht nur vorübergehend, wie man annehmen könnte, sondern dauernd, was viele Jahre später erhobene Katamnesen lehrten.

Störungen von seiten des Magens und Darms bei Melancholie und hypochondrischer Melancholie — psychiatrische Zustandsbilder, welche wir grofsenteils zum Manischdepressiven Irresein zählen — waren schon allen gut beobachtenden Psychiatern aufgefallen. Interessant ist die Tatsache auf die Weber (1901), der wohl Manischdepressive im Auge hatte, aufmerksam macht, dafs man nicht selten gleichzeitig mit einer Verschlimmerung des psychischen Zustandes das Auftreten von Magendarmstörungen beobachten könne, ja, dafs es selbst bei sorgfältigster Beobachtung auch in der Anstalt oft scheine, als ob die Erscheinungen von seiten des Digestionstraktus schon früher aufträten, als die Verschlimmerung der geistigen Erkrankung.

Bei Besprechung der Nervösen Dyspepsie macht auch Dubois darauf aufmerksam, dafs Fälle von zirkulärem Irresein oft durch Symptome der Nervösen Dyspepsie eingeleitet werden.

Zweifellos ist es aber das Verdienst von Wilmanns, nachdrücklich auf die Beziehungen der leichten Fälle des Manischdepressiven Irreseins d. h. der Zyklothymie zu Störungen von seiten des Magens und des Darms aufmerksam gemacht zu haben.

Ausgehend von den Klagen der Manischdepressiven über die verschiedenartigsten Verdauungsbeschwerden, beobachtete er Fälle zirkulärer Depression, welche unter Zurücktreten der psychischen Erscheinungen hauptsächlich über Beschwerden von seiten des Magens klagten.

Es handelte sich bei Wilmanns Beobachtungen einmal um Kranke, bei welchen die Depression erst in der Entwicklung begriffen war und ferner um solche, bei denen die schwereren psychotischen Erscheinungen bereits abgeklungen waren. Die Tatsache, dafs zahlreiche derartige Kranke durch das starke Hervortreten der dyspeptischen Erscheinungen längere Zeit in der Behandlung von Magenärzten waren — die wohl nur in den seltensten Fällen die im Hintergrund befindlichen psychischen Veränderungen richtig

Digitized by Google

zu deuten wufsten — veranlafste Wilmanns zu der, wie wir späterhin sehen werden, berechtigten Annahme, dafs ein ziemlich grofser Prozentsatz der sogenannten Nervösdyspeptischen deprimierte Zyklothyme mit Magenbeschwerden sind.

Auch Roemheld erwähnt bei Beschreibung zyklothymer Zustände, dafs mehr als die Hälfte seiner Kranken an gastrointestinalen Beschwerden, an Störungen im Gebiet der Splanchnici, besonders auch an Obstipation litten. Bei der Schilderung der Verkennung geistiger Erkrankungen bespricht Bumke ebenfalls entsprechende Kranke, „die wegen ihrer Magenbeschwerden von Sanatorium zu Sanatorium, von Bad zu Bad wandern, ohne dafs der Verdacht einer Seelenstörung überhaupt auftauchte". Liest man die Krankengeschichten von Burkart (1882) unter solchem Gesichtspunkt, so mufs man diesen Autoren wahrlich recht geben.

In den Aufsätzen über Nervöse Dyspepsie, die in den letzten 12 Jahren erschienen sind, ebenso wie in den jüngsten Lehrbüchern über Magen- resp. innere Krankheiten, wir nennen hier nur die Namen Pick, Rosenheim, Fleiner, Einhorn, Pel, Boas, Ewald, Albu, Fleischer, Leo, Bourget, Crämer, Klemperer, v. Mering, Strümpell, Riegel, finden wir recht divergierende Ansichten über die nosologische Stellung der Nervösen Dyspepsie. Der Ansicht Leubes, die in Rede stehende Erkrankung in den meisten Fällen als primäre Magenerkrankung anzusprechen, sind in jüngster Zeit nur noch wenige, u. a. Rosenheim und Crämer. Dieser letzte Autor steht zwar auf dem Standpunkt Leubes, geht aber insofern noch weiter, als er behauptet, die Nervöse Dyspepsie sei nicht nur keine Teilerscheinung der Neurasthenie, sondern sie habe mit Neurasthenie überhaupt nichts zu tun, sie sei vielmehr eine wohlcharakterisierte Darmstörung, „wie man vorläufig annehmen mufs, funktioneller Art." Nach Crämer verdanken alle Symptome ihre Entstehung dem in seiner Funktion gestörten Darm. Die Autointoxikationstheorie wird auch hier wieder ins Feld geführt. — Die meisten anderen Autoren stellen im Gegensatz hierzu für die überwiegende Mehrzahl der einschlägigen Fälle die primäre nervöse Veränderung in den Vordergrund.

Eine Einigung über das Wesen, die Symptomatologie, die nosologische Stellung, die Prognose und Therapie der Nervösen Dyspepsie ist jedoch keineswegs erzielt worden. Die einen haben beobachtet, dafs die Beschwerden sich nur im Anschlufs an die Nahrungsaufnahme einstellen, andere bestreiten dies. Für viele ist das Bizarre, die Inkonstanz der Symptome, der rasche Wechsel mafsgebend, während andere das Gegenteil behaupten. Viel-

Digitized by Google

fach wurde eine Abhängigkeit der Magenbeschwerden von der jeweiligen Stimmung und eine ausgesprochene Ablenkbarkeit festgestellt. Für zahlreiche Autoren gaben die überschwenglichen Klagen, fast für alle aber der Gegensatz der subjektiven Beschwerden und des in den meisten Fällen diese nicht erklärenden objektiven Befundes einen wichtigen Fingerzeig für die Erkennung der Nervösen Dyspepsie. Dafs Störungen der Motilität, des Chemismus und der Lage des Magens vorkommen, trotzdem es sich um eine nervöse, also nicht organisch bedingte Dyspepsie handelt, ist bereits erwähnt worden, ebenso, dafs bei den einzelnen Kranken gerade diese objektiven Befunde häufig wechseln können. Rosenheim will jedoch andererseits in den meisten Fällen eine Hyperchlorhydrie als Gastritis acida, eine Hypochlorhydrie als chronischen Katarrh aufgefafst wissen, während u. a. z. B. Strümpell mit Recht betont, dafs wir die normalen Schwankungen der Salzsäuresekretion im allgemeinen viel zu niedrig schätzen und einer Anazidität oder starken Hyperazidität meistens viel zu viel Bedeutung beimessen. Manche behaupten, dafs ausgesprochene Schmerzen nicht zum Symptomenbild der Nervösen Dyspepsie gehören, während andere solche beobachteten.

Für diejenigen, welche die Ursache der Beschwerden tatsächlich in den Magen verlegen, gibt es verschiedenerlei Erklärungen hierfür. Entweder sind die Magennerven durch direkte Reize betroffen oder sie sind überempfindlich durch die Übererregbarkeit des gesamten Nervensystems, dessen locus minoris resistentiae der Magen ist. Für die Anhänger der primären Neurasthenie erklärt sich die Nervöse Dyspepsie ohne allgemein nervöse Symptome dadurch, dafs dann die Dyspepsie der einzige Ausdruck der Nervosität ist. Flüchtig erwähnen möchten wir die Ansicht solcher Autoren, welche die nervösen Erscheinungen als Autointoxikation und die Nervöse Dyspepsie überhaupt nur als chronische Autointoxikation aufgefafst wissen wollen.

Bemerkenswert ist, dafs Boas eine periodische Nervöse Dyspepsie und eine schleichende chronische Form unterschieden haben will. Besondere Bedeutung gewinnt diese Anschauung im Sinne der zyklothymen Dyspepsie, die ausführlich erörtert werden wird.

Auch über die Häufigkeit des Vorkommens der Nervösen Dyspepsie ist eine Einigung nicht erzielt. Während die einen nur von einer seltenen oder nicht sehr häufigen Krankheit sprechen, behaupten andere, dafs die Mehrzahl, ja die übergrofse Mehrzahl der Magenkranken Nervösdyspeptische seien. Den erstgenannten wird vorgeworfen, dafs sie die nervösen resp. psychischen Symptome übersehen und ihre Diagnose allein auf Grund ihrer von der so-

Digitized by Google

genannten Norm abweichenden objektiven Untersuchung stellen, während diesen der Vorwurf nicht erspart bleibt, daſs für sie die Diagnose der Nervösen Dyspepsie nur der Ausdruck einer nicht zu definierenden Magenerkrankung sei.

Das Eigentümliche ist, daſs aber fast von allen Autoren die nervösen Veränderungen entweder nur ganz kurz oder mit den Schlagworten „wir haben es mit den Erscheinungen der Neurasthenie und Hysterie zu tun“ abgehandelt werden. Nur bei den Franzosen treffen wir etwas ausführlichere Schilderungen der psychischen Veränderungen, die sie als „état neurasthénique“ bezeichnen.

Digitized by Google

II. Kapitel.

Die verschiedenen als Nervöse Dyspepsie bezeichneten Krankheitszustände.

Es erschien uns nötig, eine etwas ausführliche geschichtliche Darstellung der Lehre von der Nervösen Dyspepsie zu geben, einmal, weil gerade diese Krankheit mit dem Wechsel der jeweiligen Anschauungen ein besonders interessantes Blatt in der Geschichte der Medizin ist, fernerhin aber auch, weil die nachfolgenden Ausführungen nur auf Grund der bisher entwickelten Ansichten ganz verstanden werden können.

Wer den Wechsel der Anschauungen über die nosologische Stellung der Nervösen Dyspepsie verfolgt hat, dem wird es wohl wie uns unmöglich erscheinen, dafs auf Grund der Magensymptomatologie eine Einigung erzielt werden kann. Sind doch die Anschauungen hier so kontrovers, dafs dies ein vergebliches Unterfangen wäre. Will man nicht — wozu auch nicht der leiseste Grund vorliegt — die Richtigkeit der mitgeteilten Beobachtungen anzweifeln, so läfst sich die Verschiedenheit der Meinungen nur so erklären, dafs bei der Nervösen Dyspepsie die Mifsempfindungen körperlicher Art äufserst verschiedenartig auftreten können. — Die andere Seite der Nervösen Dyspepsie bietet jedoch nach unserem Dafürhalten eine Möglichkeit der Verständigung, wir meinen die nervöse, resp. psychische Seite. Es ist geradezu auffallend, wie sehr man es vermieden hat, die psychischen Veränderungen der Nervösdyspeptischen in den Vordergrund zu schieben. Man folgte da wohl unbewufst den Schilderungen der Kranken, die aufs bereitwilligste von ihren körperlichen Beschwerden erzählen, mit der Mitteilung ihrer psychischen Veränderungen aber meistens zurückhaltend sind.

Zwei notwendige Voraussetzungen scheinen uns das Verständnis für sogenannte nervösdyspeptische Zustände erweitern zu können. Erstens lehren uns schon die von ausgezeichneten Beobachtern

Digitized by Google

niedergelegten Anschauungen mit unumgänglicher Notwendigkeit, daſs die Nervöse Dyspepsie keine wohl charakterisierte, gut umgrenzte einheitliche Erkrankung ist, sondern daſs es sich vielmehr hierbei um einen Symptomenkomplex mit vielgestaltigen Magen- und psychischen Symptomen handelt, bei welchem allerdings bei oberflächlicher Betrachtung die Magensymptome meist ganz im Vordergrund stehen. Zweitens finden wir fast bei allen Nervösdyspeptischen psychische Veränderungen. Da das Unternehmen, auf Grund der Magensymptome eine Einteilung und Abgrenzung vorzunehmen, als gescheitert angesehen werden muſs, so gilt es jetzt, die psychischen Veränderungen genau zu studieren und zu analysieren und den Versuch zu machen, auf Grund der Veränderungen des Seelenlebens die Nervöse Dyspepsie in wohlbekannten Psychoneurosen unterzubringen. Natürlich müssen hiervon gewisse Formen organischen und toxischen Ursprungs ausgenommen werden.

Mit den beiden groſsen Neurosen, der Neurasthenie und der Hysterie, deren Teilerscheinung die Nervöse Dyspepsie häufig sein soll, ist nach unserer Ansicht die psychische Seite keineswegs genügend geklärt oder erschöpft. Im Laufe der Zeit sind diese beiden Neurosen häufig als eine Ablagerungsstätte benutzt worden für alle möglichen psychischen Veränderungen, die nicht der Ausdruck ausgesprochener Psychosen sind.

Nach unserer Meinung ist also in der Frage der Nervösen Dyspepsie nur dadurch ein nachhaltiger Fortschritt zu erzielen, daſs man sich ganz dem Studium der psychischen Veränderungen hingibt, allerdings erst, und dies kann nicht nachdrücklich genug betont werden, nachdem durch genaueste Magenuntersuchungen eine organische Erkrankung des Magens mit Sicherheit für den Symptomenkomplex nicht verantwortlich gemacht werden kann. Welche Rolle hier die Gastroptose, der chronische Magenkatarrh und die Atonia ventriculi spielen, wird später ausführlich zu erörtern sein.

Wir müssen, während wir uns ein genaues Bild der psychischen Veränderungen machen, in Erfahrung zu bringen suchen, wann diese zuerst aufgetreten sind und in welchem Verhältnis sie zu den Magenbeschwerden stehen. Wir dürfen uns hier in keiner Weise von dem bekannten Kausalitätsbedürfnis der meisten Kranken beeinflussen lassen, die ihre seelischen Anomalien gerne als Folgeerscheinungen körperlicher Beschwerden hinzustellen pflegen, während es sich tatsächlich oft umgekehrt verhält. Die nächste Frage wird dann die sein, ob es uns möglich ist, festgestellte psychische Veränderungen irgend einer der uns bekannten Psychoneurosen zu

Digitized by Google

subsummieren. In den meisten Fällen wird uns das zweifellos auch gelingen und hiermit haben wir dann nach unserer Auffassung, speziell was Therapie und Prognose anlangt, einen Vorsprung vor der früheren Betrachtungsweise. Wir müssen uns ferner immer wieder sagen, daſs es notwendig ist, die jeweilige Ursache des nervös-dyspeptischen Symptomenkomplexes zu ermitteln, um die richtige Therapie in die Wege leiten und eine differenzierte Prognose stellen zu können. Wir werden sehen, daſs wir gerade bei der Nervösen Dyspepsie häufig in den Stand gesetzt sein werden, infolge solcher Überlegungen eine kausale Therapie treiben zu können.

Für die allermeisten Fälle gilt nach unserer Ansicht zweifellos der Satz mit Fug und Recht, daſs die Nervöse Dyspepsie keine Magenerkrankung ist. Vielmehr sind, abgesehen von einigen wenigen Möglichkeiten, die Magensymptome Begleit- oder Folgeerscheinungen psychischer Veränderungen. Es erscheint uns prinzipiell wichtig zu betonen, daſs die Magenerscheinungen, die eventuell ganz im Vordergrunde stehen und das Bild völlig beherrschen können, sekundär sind. Der Magen ist dasjenige Organ, an welchem die Miſsempfindungen zum Ausdruck kommen. Er kann, was Motilität und Sekretion anlangt, von der Norm abweichende Untersuchungsresultate darbieten. Trotzdem ist er nicht krank. Erkrankt sind andere Organe, für deren jeweils wechselnden Zustand der Magen quasi das Barometer ist. Mit dem Verschwinden der einer Nervösen Dyspepsie zugrunde liegenden psychischen Ursache gehen auch die Magenbeschwerden völlig zurück. Damit ist die Abhängigkeit der Magensymptome von dem Seelenleben erwiesen. Warum häufig bei psychischen Veränderungen der Magendarmkanal, ganz besonders für das Empfinden der Kranken, so erheblich gestört ist, entzieht sich unserer Kenntnis. Nach den Untersuchungen Pawlows und seiner Schüler bestehen zwischen Psyche und Verdauungstraktus sehr feine Verbindungen. Welchen Weg sie gehen, warum die Störungen im Bereiche der Psyche dort einmal so, ein andermal so, oder gar nicht zum Ausdruck kommen, wissen wir nicht. Alle Theorien, die hier aufgestellt wurden, sind Hypothesen, die man nicht widerlegen aber noch weniger beweisen kann. So wäre jeder Erklärungsversuch infolge unserer mangelnden Einsicht nur eine neue unbewiesene Hypothese, die wohl sicher alsbald wieder von einer anderen verdrängt würde.

Wir gingen von dem leitenden Gesichtspunkt aus, die psychischen Veränderungen der Nervös-dyspeptischen zu studieren, als wir nahezu 50 auf der inneren Abteilung der Heidelberger Medizinischen Klinik aufgenommene entsprechende Kranke in den

Digitized by Google

vergangenen $1^1/_2$ Jahren untersuchten. Es erscheint uns wichtig zu bemerken, daſs alle diese Kranken nur mit Klagen über Magenbeschwerden in die Klinik kamen. Selbstverständlich wurde in keinem Falle eine eingehende körperliche Untersuchung, insbesondere des Magens, vernachlässigt.

Nach den vorausgegangenen Ausführungen wird es mithin nicht Wunder nehmen, wenn wir bei Erörterung des jeweiligen nervös-dyspeptischen Symptomenkomplexes auf die Besprechung und Darstellung der psychischen Symptome das Hauptgewicht legen. Die Magenbeschwerden sind von den einzelnen Autoren so ausführlich dargestellt, die Differentialdiagnose der Nervösen Dyspepsie bezüglich der Magensymptome gegenüber anderen Erkrankungen dieses Organs so eingehend besprochen worden, daſs wir glaubten, dies alles nicht wiederholen zu müssen. Ein Blick in die bekannten Lehrbücher der Magenkrankheiten wird darüber und auch über die häufig sehr groſsen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten orientieren.

Sowohl auf Grund der Ergebnisse unserer Untersuchungen als auch des Literaturstudiums kommen wir zu der Aufstellung der nachfolgenden Formen der Nervösen Dyspepsie. Aus Gründen der Übersichtlichkeit stellten wir verschiedene Gruppen auf, die zeigen sollen, wie bei gleichen oder ähnlichen Magensymptomen, welche wohl alle unter der Diagnose „Nervöse Dyspepsie“ gehen würden, die psychischen Veränderungen sehr wohl eine durchführbare Einteilungsmöglichkeit gestatten.

Digitized by Google

Erste Gruppe:

Auf dem Boden der Degeneration erwachsende psychopathologische Zustände mit dyspeptischen Erscheinungen.

Die erste grofse Gruppe, die wir hier aufstellen wollen und die nach unserer Erfahrung die weitaus gröfste Mehrzahl der Nervös-dyspeptischen umfafst, setzt sich aus solchen psychopathologischen Zuständen zusammen, die auf dem Boden der Degeneration erwachsen. Wenn wir bei diesen degenerativen Zuständen eine Teilung in Unterabteilungen vornehmen, so sind wir uns des Schematisierenden dieser Betrachtungsweise wohl bewufst. Wir bewegen uns hier inmitten der Grenzzustände, deren Abgrenzung selbst von der normalen Gemütsverfassung nicht immer streng durchführbar ist. Dem Geschmack, nicht zum wenigsten auch der psychiatrischen Einsicht des Einzelnen wird es vorbehalten bleiben, diese oder jene Diagnose zu stellen. Andererseits müssen wir aber hervorheben, dafs wir gelernt haben, eine ganze Reihe der für die einzelnen Formen charakteristischen Symptome und diagnostischen Anhaltspunkte bei den psychopathologischen Zuständen zu erkennen, so dafs wir bei einer grofsen Anzahl von Kranken wohl imstande sind, sie den verschiedenen der in Rede stehenden Neurosen resp. Psychoneurosen zuzurechnen.

Ganz wie bei der Abtrennung degenerativer Zustände gegen die Gesundheitsbreite geht es uns bei der Klassifizierung der einzelnen hier in betracht kommenden Zustände, nämlich der Psychopathie, der Psychogenie, der Hysterie und der Zyklothymie. Auch hier finden wir Übergangsformen, psychische Verfassungen, bei welchen die genaue Zuteilung zu dieser oder jener Neurose ein Ding der Unmöglichkeit ist, wo wir es bei dem gegenwärtigen Stand psychiatrischer Diagnostik mit „Gefühlsdiagnosen" zu tun haben.

Die folgenden vier Unterabteilungen haben das Gemeinsame, dafs sie als Ausdrucksform einer konstitutionell degenerativen Veranlagung aufgefafst werden müssen.

Digitized by Google

Erste Unterabteilung:

Psychopathie als Ursache des nervös-dyspeptischen Symptomenkomplexes.

Vor allem eine Vorbemerkung bezüglich der Nomenklatur: wir verstehen unter Psychopathie Zustände, welche andere Autoren als konstitutionelle Neurasthenie bezeichnen. Die Franzosen nennen einen grofsen Teil der hier zu rubrizierenden Fälle: Psychastheniker. Zu den Psychopathen gehört auch die übergrofse Mehrzahl der von Stiller unter dem Namen der „Asthenia universalis congenita“ beschriebenen Kranken.

Wir haben es, was die psychische Seite anlangt, mit Menschen zu tun, die von Kindheit an erregbar, sensibel und erheblichen Stimmungsschwankungen unterworfen sind. Es sind Milieumenschen, die sich von ihrer Umgebung stark beeinflussen und formen lassen, haltlos, bis zu einem gewissen Grade anlehnungsbedürftig, disharmonisch, oft unzufrieden mit sich und der Welt. Durch äufsere Umstände sind diese Menschen in hohem Mafse beeinflufsbar. Bei günstigen sozialen und sonstigen Bedingungen leben sie ruhig dahin, ohne Aufsenstehenden sonderlich aufzufallen, und erreichen das Maximum ihrer Leistungsfähigkeit. Diese sinkt im Augenblick, wo sie zu kämpfen haben, wo starke Strömungen gegen sie gehen, kurzum, wenn die Verhältnisse eine ungünstige Veränderung erleiden. Es sind Treibhausexistenzen, die im Licht gedeihen, die viel Wärme brauchen, die andernfalls die gröfste Chance haben, in ihrem Leben Schiffbruch zu leiden. In ihrem Wesen liegt etwas Sprunghaftes, Unausgeglichenes, was sich auch in ihrer Arbeitsfähigkeit und Lebensführung deutlich äufsert.

Wir können hier natürlich nur einen Umrifs der Persönlichkeit geben, die sich oft erst bei eingehendem Studium des gesamten Menschen und nach längerer Beobachtungsdauer als psychopathische herausschälen läfst.

Der psychischen Minderwertigkeit, welche keineswegs die Intelligenzsphäre irgendwie zu berühren braucht, sondern sich nur im Charakter und der Lebensführung äufsern kann, entspricht zuweilen eine körperliche Inferiorität. Wir haben dann Typen vor uns, wie Stiller sie trefflich geschildert hat: anämisch, mager, schlecht entwickelt, mit flachem Brustkorb und enteroptotischer Veranlagung oder Ausbildung usw.

Bei den oben geschilderten psychopathischen Persönlichkeiten finden wir auch eine psychopathische Reaktion, die, wenn das Leben sich in glatten Bahnen bewegt, nie aufzutreten braucht, die aber alsbald in Erscheinung tritt, sobald Anforderungen

Digitized by Google

an sie gestellt werden, welche ihnen Schwierigkeiten bereiten. Schon nach relativ geringgradiger körperlicher, geistiger oder seelischer Anstrengung reagieren sie psychopathisch, stärker als normal. Die oben angedeuteten, schon immer bestehenden psychischen Anomalien treten dann deutlicher hervor. So kann z. B. die Erregbarkeit, die Leistungsunfähigkeit, ferner die Schwankung der Stimmung nach der depressiven Seite hin ansteigen.

Wenn sich zu diesen stärker hervortretenden psychischen Symptomen Magenbeschwerden gesellen, so gleichen diese den bei der Schilderung der Nervösen Dyspepsie festgelegten durchaus. Das Eigentümliche ist, daſs unter Umständen die Magenbeschwerden so sehr in den Vordergrund treten, daſs alle anderen Symptome, auch für die Empfindung der Kranken selbst, zurücktreten können. Selten ist das psychische Bild ein ganz reines: psychogene Züge usw. können hinzutreten, und es komplizieren. Das folgende Beispiel möge uns eine Handhabe geben, um die Diagnose, Prognose und Therapie für diese Form Nervöser Dyspepsie abzuhandeln.

Einige kurze Vorbemerkungen sollen den Krankengeschichten vorausgeschickt werden. Wir bemühten uns, sie möglichst knapp zu halten. Bei Erhebung des psychischen Status fragten wir natürlich nach allen in Betracht kommenden Symptomen, die, wenn sie negativ beantwortet wurden, in der mitgeteilten Krankengeschichte nicht zu finden sind. Wir sind uns der Unvollkommenheit der Krankengeschichten wohl bewuſst. Vor allem waren wir, wie es die Verhältnisse einer Medizinischen Klinik mit sich bringen, fast durchweg nur auf die Angaben der Kranken angewiesen. Man weiſs zur Genüge, wie oft und auch manchmal wie bewuſst psychisch Kranke Wichtiges nicht mitteilen. Die psychiatrische Untersuchung hängt ja zu einem nicht geringen Teile von dem guten Willen der Kranken ab, wenigstens was die feineren Symptome anlangt. Wir hatten ferner nur selten Gelegenheit, unsere Kranken längere Zeit zu beobachten. Meist blieben sie aus äuſseren Gründen nur wenige Tage, selten mehrere Wochen in der Klinik, so daſs auch hierdurch noch zahlreiche objektiv feststellbare Symptome zweifellos nicht so klar, wie es wünschenswert gewesen wäre, herausgearbeitet werden konnten. Auch der Einfluſs der veränderten Umgebung ist bei psychisch labilen Kranken nicht zu unterschätzen. Irgendwelche Akten aus früherer Zeit standen uns nie zur Verfügung. Von allen in Betracht kommenden Kranken erhoben wir, soweit dies möglich war persönlich Katamnesen, mehrere Monate bis zu einem Jahr nach dem Verlassen der Klinik. Bekanntermaſsen sind nun die schriftlich erhobenen Katamnesen keineswegs immer zuver-

Digitized by Google

lässig. Eine genaue körperliche Untersuchung ging, wie bereits erwähnt, der psychischen selbstverständlich immer voran. Nur die pathologischen Befunde werden angeführt.

Fall 1.

Psychopath mit psychopathischer Reaktion. Die Magenbeschwerden stehen ganz im Vordergrund.

Der 36jährige Kaufmann ist erblich schwer belastet. Die Grofsmutter mütterlicherseits und der Muttersbruder waren in Irrenanstalten, die Mutter selbst zeitweise „sehr nervös." Der Kranke war als Kind schwächlich, blutarm und wurde allgemein für nervös gehalten. Er wurde wegen eines „nervösen Herzleidens" vom Militärdienst nach kurzer Dienstzeit befreit. Nachdem durch frühzeitige Arbeitsunfähigkeit des Vaters 5 Jahre lang, vom 23. bis 28. Lebensjahr die Hauptlast des Geschäftes auf ihm gelegen hatte, bekam er vor nunmehr 8 Jahren einen akut einsetzenden Zustand völliger Erschöpfung, der sich im Gefühl hochgradiger Abspannung, in der Unfähigkeit sich zu konzentrieren und starker Reizbarkeit äufserte, während die Stimmung keineswegs niedergeschlagen war. Der Kranke hatte allerhand körperliche Sensationen, Kribbeln, Zucken etc. und konnte das Gefühl, dafs ihn eine schwere Krankheit treffen würde, nicht loswerden. Nach kurzer Erholungszeit nahm er gekräftigt die Arbeit wieder auf. Bald danach stellten sich jedoch Magenbeschwerden ein, die sich in Sodbrennen, Aufstofsen und Magendruck an mehreren Stellen, meist im Anschlufs an die Nahrungsaufnahme, äufserten. Der Stuhl war zeitweise angehalten. Kongestionen nach dem Kopf und ein Gefühl der Denkunfähigkeit quälten ihn sehr. Eine gewisse gesteigerte Empfindlichkeit und Reizbarkeit blieb von dieser Zeit an bis jetzt bestehen. In den folgenden Jahren traten regelmäfsig Verdauungsunannehmlichkeiten nach irgend welchen gröfseren Anstrengungen auf. Mehrwöchentliche Ausspannung beseitigte für einige Zeit wieder alle Beschwerden. Auch auf längeren Gebrauch von innerlichen Darmantiseptizis, von denen sich unser Kranker viel versprach, blieben die Magenbeschwerden längere Zeit weg. Nach einem geschäftlich recht anstrengenden Winter vermehrten sich die körperlichen Beschwerden aufserordentlich, besonders das Gefühl, als ob die Speisen zu lange im Magen liegen blieben, war sehr quälend. Unmittelbar nach Beginn der Arbeit stellten sich die unangenehmen Gefühle am heftigsten ein. Diätetische Mafsnahmen halfen in keiner Weise. Eine dreimonatliche Kur in einem ausgezeichneten Sanatorium, in welchem alle Möglichkeiten zur Kräftigung seines Magens durchprobiert worden waren, brachte nur eine Verschlimmerung der Beschwerden. Die Arbeitsfähigkeit war nicht gestiegen. Sofort nach körperlicher oder geistiger Anstrengung meldete sich der Magen. Zeitweilig traten Heifshungeranfälle auf. Aufser einer raschen Ermüdbarkeit, einer grofsen Energielosigkeit und Schlaffheit, einer erheblichen Reizbarkeit und einem quälend empfundenen Gefühl der Leistungsunfähigkeit bestanden bei dem Kranken keine psychischen Veränderungen. Er hatte sich in den letzten Jahren dauernd mit seinem Gesundheitszustand, speziell mit seinem Magen beschäftigt und, wie er selbst meinte, doch wohl allzuviel darauf geachtet. Nachzutragen wäre noch, dafs der Kranke, der mehrmals jährlich Erholungsreisen machte, bemerkt hatte, dafs er die Speisen an der table d'hôte nicht gut vertrug. Im Moment, wo er für sich afs, waren die Beschwerden wesentlich geringer respektive ganz verschwunden. Wegen Zunahme all dieser Beschwerden kam Patient in die Klinik. Die Untersuchung des Magens ergab

Digitized by Google

normale Lage und Motilität und kaum von der Norm abweichende Sekretionsverhältnisse. (Nach Probefrühstück freie HCl 35, Gesamtacidität 73; nach Probemahlzeit freie HCl 15, Gesamtacidität 118.) Zur völligen Wiederherstellung seiner Gesundheit wurde dem Kranken eine einjährige Erholung fern von zu Hause unter günstigsten Bedingungen verordnet.

Eine Anfrage bei dem Kranken 6, respektive 13 Monate nach dem Verlassen der Klinik ergab, dafs trotz völliger geistiger Ruhe und trotz dauernder ärztlicher Behandlung sich keine Veränderung in dem Zustande eingestellt hatte. Jede Therapie erschien machtlos.

Unser hier besprochener Kranker war keiner der Stillerschen Typen, vielmehr ein grofser, körperlich ausgezeichnet entwickelter Mensch. Wir bezweifeln nicht, dafs wir von seinen Angehörigen mehr konstitutionell psychopathische Züge hätten eruieren können als von dem Kranken. Er selbst wollte immer mit Nachdruck die psychischen Anomalien als Folgen der Erschöpfung hinstellen.

Bei diesen Psychopathen vermögen relativ kleine Schädlichkeiten schwere Folgen zu zeitigen. Im Gegensatz zur erworbenen Neurasthenie genügen kurze, mehrwöchentliche Erholungszeiten nicht, um alles zum Verschwinden zu bringen. Die Symptome bessern sich, treten auch manchmal fast ganz zurück, um aber bei der nächsten Gelegenheit aufs neue in Erscheinung zu treten. Das sehen wir deutlich bei unserem Kranken. Die freien Intervalle werden immer kürzer, die notwendigen Erholungszeiten immer länger und schliefslich genügt ein Jahr nicht einmal, um die Beschwerden zu beseitigen. Bei den Psychopathen finden wir, zwar nicht so ausgesprochen wie bei vielen Hysterischen, aber doch recht deutlich eine starke Suggestibilität, die auch in unserem Falle zur Geltung kommt. Nur so vermögen wir uns zu erklären, warum die Magenbeschwerden auf innerliche „Darmantiseptika" längere Zeit zurücktraten. Der Kranke hatte nämlich gerade von diesen Präparaten (es handelte sich um Geheimmittel) gehört, dafs vorzügliche Erfolge mit ihnen erzielt werden.

Auch psychogene (im Vorstellungsleben entstandene und übermässig gewertete) Züge vermissen wir nicht, Züge, auf deren Bedeutung wir später eingehend zu sprechen kommen. Hier sei nur angeführt, dafs Patient an der table d'hôte dieselben Speisen angeblich nicht vertrug, die ihm, wenn er allein afs, keine Beschwerden verursachten. Nichts ist für derartige Kranke schädlicher, als sich mit ihrem Gesundheitszustand zu beschäftigen. Wie später auseinanderzusetzen sein wird, genügt die auf den Magen gerichtete Aufmerksamkeit bei psychisch entsprechend veranlagten Personen durchaus, um Beschwerden von seiten dieses Organs auszulösen. Zweifellos spielt dieses Moment auch bei dem in Rede stehenden Kranken eine gewisse Rolle.

Digitized by Google

Sehr deutlich kommt hier zur Geltung, daſs eine diätetische Therapie für solche psychopathische Dyspepsien nicht zu empfehlen ist. Sie nützt nie und schadet fast immer. Da der Magen nicht erkrankt ist, können auch „leichtverdauliche Speisen“ keine Erleichterung bringen. Andererseits haben wir häufig von diätetischen Kuren groſsen Schaden gesehen. Sie bringen die Kranken, schon allein infolge der einförmigen Kost, die ihnen bald widersteht, herunter und steigern dadurch nur alle Beschwerden. Andererseits findet aber durch solche Vorschriften die Idee, magenkrank zu sein, nur neue Nahrung. Der Aufenthalt in Sanatorien ist für konstitutionelle Neurastheniker häufig vom Übel. Die ihnen gewidmete Aufmerksamkeit zeitigt oft nur neue psychopathische Auswüchse.

Eine besondere Stellung nehmen innerhalb dieser psychopathischen Dyspepsien diejenigen Kranken ein, für deren Verfassung Stiller den Namen Asthenia universalis congenita geprägt hat. Wir haben es hier fast durchweg mit Psychopathen in unserem Sinne zu tun, welche asthenische Stigmata (Habitus, Atonia ventriculi, Enteroptose usw.) aufweisen. Stiller hat in seiner vorzüglichen Beschreibung und Fixierung dieses Typus alle Momente so eingehend erörtert, daſs wir ihn nur wiederholen könnten. Wichtig ist bei dieser Gruppe von Psychopathen mit dem „labilen Nervensystem“, daſs eventuell allein durch die Atonia ventriculi bedingte Magenbeschwerden auftreten können. Mit diesen steigern sich natürlich infolge der psychopathischen Reaktion die psychischen Anomalien. Sie treten aber wieder zurück im Moment, wo die Magenbeschwerden durch die bei reiner Atonie empfohlenen therapeutischen Maſsnahmen sehr gebessert oder für eine zeitlang gehoben sind. Der ausgeprägte Stillersche Typus bildet zweifellos eine von der übrigen psychopathischen Gruppe in zahlreichen Fällen abzugrenzende Abteilung. In dem einen Punkt vermögen wir jedoch Stiller nicht beizustimmen. Sein Typus Nervöser Dyspepsie ist nach unseren Erfahrungen nicht der am häufigsten vorkommende. Auf die Frage der Bewertung einer eventuell festgestellten Atonie des Magens, die niemals ohne Berücksichtigung der gesamten Persönlichkeit beurteilt werden sollte, wird bei Besprechung der erworbenen Neurasthenie mit dyspeptischen Symptomen noch einmal einzugehen sein (Absatz über Gastroptose, Atonie usw.).

Was die Differentialdiagnose der Dyspepsie bei Psychopathie gegenüber den durch andere Neurosen bedingten Dyspepsien anlangt, so ist natürlich einzig und allein das psychische Bild maſsgebend. Das Hauptgewicht ist darauf zu legen, daſs die Betreffenden von jeher abnorm veranlagte Menschen mit den mehr

Digitized by Google

oder weniger ausgeprägten oben geschilderten seelischen Eigenschaften waren. Es bedarf genauester Psychoanalyse, um die oft gar nicht sehr hochgradige psychopathische Minderwertigkeit feststellen zu können. Ein ferneres Kriterium ist bei einer gewissen Gruppe die psychopathische Reaktion. Relativ geringgradige Ursachen, seien es Erregungen, Überanstrengungen oder sonstige Faktoren, lösen ein ganzes Heer von psychischen und körperlichen Erscheinungen (in unserem Fall also vorwiegend Magensymptome) aus. Die Reaktion steht in keinem Verhältnis zu der auslösenden Ursache. An diesem einen Punkte wird die konstitutionelle Neurasthenie manche differential-diagnostische Schwierigkeiten gegenüber der erworbenen Neurasthenie bereiten. Auch dort kennen wir auslösende Ursachen, die einen ganz ähnlichen neurasthenischen Symptomenkomplex im Gefolge haben. Hier mufs die Vorgeschichte entscheidend sein, welche darzutun hat, dafs wir es bei den an erworbener Neurasthenie Leidenden mit einem vorher psychisch gesunden Individuum zu tun haben. Aufserdem hat der Psychopath im allgemeinen kein sehr ausgeprägtes Gefühl für seine psychisch abnorme Verfassung. Versagt die Anamnese, so mufs der Erfolg der Therapie abgewartet werden. Eine 1-2monatliche Ruhekur wird den an erworbener Neurasthenie Leidenden sicher wieder in den Vollbesitz seiner Leistungsfähigkeit setzen. Die Abgrenzung der psychopathischen Dyspepsie von der psychischen und zyklothymen wird dort erörtert werden. Die Stillerschen Typen sind durch ihre asthenischen Stigmata genügend gekennzeichnet.

Was die Prognose der psychopathischen Dyspepsie anlangt, so müssen wir gestehen, dafs wir sie nicht für sonderlich günstig halten. Dies erklärt sich durch die Eigenart der Psychopathie als konstitutionelle Anomalie. Die betreffenden Individuen sind eigentümlich geartet und werden es ihr ganzes Leben sein. Weitgehende Besserungen, freie Intervalle dürfen wir eventuell erwarten, aber auf völlige und dauernde Heilung der dyspeptischen Beschwerden können wir wohl nur in den seltensten Fällen rechnen.

Hiermit kommen wir zur Therapie dieser Zustände. Das oberste Prinzip mufs hier sein, unter keinen Umständen den Magen zu behandeln. Weder durch Medikamente, noch durch Spülungen, noch durch diätetische Vorschriften, noch durch lokale Applikationen sollte eine Einwirkung versucht werden. Wir müssen im Gegenteil alles vermeiden, was die Aufmerksamkeit dieser psychisch labilen, allen möglichen „überwertigen Ideen“ zugänglichen Menschen auf den Magen lenkt. Es gilt hier in erster Linie, die äufseren Verhältnisse und die ganze Lebensführung zu regeln, sofern dies überhaupt möglich ist. Schädlichkeiten psychischer und

Digitized by Google

physischer Art müssen nach Möglichkeit ferngehalten werden. Auch hier gilt es, wie später bei der psychischen Dyspepsieform auszuführen sein wird, die Menschen ihre seelische Eigenart kennen zu lehren. Sie müssen sich ihrer psychopathischen Veranlagung und Reaktion bewufst werden und, was sehr wichtig ist, mit ihrem ganzen Willen dagegen angehen. Auf eine systematische Kräftigung und Stärkung des Willens kommt im letzten Ende die Therapie dieser Zustände heraus. Die Menschen, die sich gehen lassen, müssen lernen, sich im Zügel zu halten, sie müssen versuchen, ihre psychischen Anomalien zu unterdrücken. Nur so wird man eventuell die dyspeptischen Beschwerden zum Verschwinden bringen. Bei einer starken Reaktion mit dyspeptischen Symptomen wird man mehrwöchentliche körperliche und geistige Ruhe bei reichlicher gewöhnlicher Kost empfehlen. Das wird für einige Zeit nützen, bis die nächste „Springflut" wieder alles über den Haufen wirft. Individuen, an welche ihrer Konstitution nach geistig oder körperlich zu grofse Anforderungen gestellt werden, müssen entsprechend entlastet werden. Oft hilft schon das etwas. Personen, die nichts zu tun haben, müssen lernen, sich so zu beschäftigen, dafs sie von sich abgelenkt werden. Man gebe sich keinen Illusionen hin. Unter 10 Fällen wird man, selbst bei Würdigung der gesamten Persönlichkeit und Verbesserung der Lebensbedingungen, vielleicht einmal nachhaltig nützen können.

Die Fälle von Asthenia universalis congenita, bei welchen wirklich die Atonie die Magenbeschwerden verursacht und diese sicherlich nicht auf psychischem Wege vermittelt sind, müssen nach den Regeln der Therapie atonischer Zustände behandelt werden. Zweifellos wird man bei eingehender psychischer Analyse aber auch bei einer nicht geringen Anzahl von Kranken dieser unter der Diagnose Atonie gehenden Abteilung finden, dafs die diagnostizierte Magenanomalie eine irrelevante Nebenerscheinung der allgemeinen Minderwertigkeit ist und nicht behandelt gehört. Wir können auf grofse Schwierigkeiten stofsen bei Beantwortung der Frage, ob die Atonie die Ursache der Magenbeschwerden ist und mithin behandelt werden soll.

Wir vertreten die Ansicht, dafs man bei der unkomplizierten psychopathischen Dyspepsie den Magen nicht behandeln soll. Nun wird man aber gerade bei dieser Gruppe von Menschen Individuen treffen, die eine lokale Therapie wünschen. Sie können oder wollen den psychologischen Erklärungen des Entstehens ihrer Magenbeschwerden nicht folgen. Immer wieder versichern sie, dafs sie magenkrank sind, wenn sie Magenbeschwerden haben, und verlangen infolgedessen diätetische Vorschriften. Der

Digitized by Google

Arzt ist hier in einer schwierigen Situation. Vermag er die Kranken hiervon nicht abzubringen, so begibt er sich, wenn er sich überhaupt auf die Magenbehandlung einläfst, auf ein gefährliches Gebiet. Sind die Betreffenden so suggestibel, dafs eine Magenbehandlung — psychisch vermittelt — nützt, dann können sie in hohem Mafse von dieser Behandlungsmethode abhängig werden. Sie fühlen sich nur wirklich wohl, wenn ihr Magen behandelt wird. Oder aber durch die lokale Therapie richtet sich die Selbstbeobachtung unverwandt auf das vermeintlich kranke Organ und so können sich deren Folgen bald in unangenehmster Weise bemerkbar machen. Diesen Gefahren mufs man bewufst ins Auge sehen, wenn man eine Magenbehandlung vornimmt. Manchmal nützt sie tatsächlich. Über das „wie" sollte man sich aber immer klar sein.

Zweite Unterabteilung:

Psychisch bedingte (psychogene) Dyspepsie.

Die hier als selbständige Abteilung aufgestellte Gruppe ist der vorhergehenden nahe verwandt, indem fast durchweg die degenerative psychische Verfassung, wie wir sie bei den Psychopathen finden, der Boden ist, auf welchem die hier ganz im Vordergrunde stehenden psychischen Traumen und die überwertigen Vorstellungen günstige Nahrung finden. Allerdings ist die Frage, ob wir es bei dieser Form von Nervöser Dyspepsie *immer* mit psychopathischen Persönlichkeiten zu tun haben, wie sie in der vorhergehenden Abteilung geschildert wurden, nicht *generaliter* zu bejahen. Wir haben einzelne Fälle gesehen, bei welchen zweifellos eine psychogene Dyspepsie bestand, „pychopathische Antezedentien" aber nicht festgestellt werden konnten. Dafs dies Fehlen allein auf nicht zu überwindenden Schwierigkeiten bei Erhebung der Anamnese beruhte, möchten wir keineswegs für alle Fälle zugeben. Das eine Moment möchten wir aber besonders hervorheben, dafs nach unseren Erfahrungen die Psychopathie bei den hier in Betracht kommenden Individuen bei weitem nicht so ausgesprochen und schwerwiegend ist, wie bei denen der ersten Unterabteilung.

Auch bei dieser Form Nervöser Dyspepsie tritt die psychische Veränderung zuerst auf, und die Magenbeschwerden sind deren Folgeerscheinung. Bei keiner anderen Form können wir den Zusammenhang zwischen Psyche und Magen deutlicher erkennen wie hier. Wir sehen, in welch inniger Verbindung bei gewissen entsprechend veranlagten Personen das Vorstellungsleben und der Verdauungstraktus stehen. Zum Verstehen der einzelnen ineinander-

Digitized by Google

greifenden Formen müssen wir bei der psychischen Dyspepsie zwei Momente auseinanderhalten: erstens den psychischen Faktor, der ursprünglich die Magenbeschwerden auslöst, und zweitens die Reihe von Vorstellungen, welche sich an die hierdurch empfundenen Magenbeschwerden anschliefst.

Dafs depressive, stark affektbetonte Momente Magenstörungen auslösen können, erleben wir täglich bei völlig gesunden Menschen. Man pflegt mit Recht hier anzuführen, dafs Sorge, Schreck, Gram, niedergeschlagene Stimmung usw. genügen, um Erscheinungen von seiten des Magens zu zeitigen. Dafs wir bei plötzlichem Erschrecken oder starker innerlicher Erregung appetitlos sind, ist wohl noch physiologisch. Bis zu einem gewissen Grade pathologisch sind aber schon alle in Verbindung mit dieser Appetitlosigkeit auftretenden sonstigen Beschwerden wie Druck im Magen, Gefühl der Völle, Aufstofsen, Erbrechen. Nun gibt es Individuen, welche bei depressiven psychischen Momenten mit kurzdauernden, aus der Beschreibung der Nervösen Dyspepsie bekannten Magensymptomen reagieren. Diese verschwinden im Moment, wo die auslösende Ursache beseitigt ist. Das sind die Vorstufen der jetzt zu beschreibenden Zustände. Ein entsprechend disponiertes Individuum kann nämlich auf die obengenannten psychischen Faktoren mit langdauernden Magenbeschwerden reagieren. Es gibt hier zwei Arten des Entstehens: 1. sofort nach einem psychischen Trauma treten Magenstörungen auf, die Wochen oder sogar Monate lang dauern, auch nachdem das Trauma und die daran sich anschliefsenden Vorstellungen längst abgeklungen sind. Der ursprüngliche Zusammenhang zwischen auslösender Ursache und Folge bezüglich des Magens ist dem Betroffenen oft nicht klar. 2. Unter den gleichen psychischen Vorbedingungen treten die Magenerscheinungen nicht unmittelbar nach dem Trauma, sondern Stunden oder Tage später auf. Man mufs sich dies psychologisch wohl so vorstellen, dafs das psychische Moment noch im Unterbewufstsein weiterwirkt, und schliefslich Erscheinungen von seiten des Magens auslöst. Wichtig für die später einzuschlagende Therapie ist hierbei, dafs die Betroffenen fast niemals den Zusammenhang zwischen Trauma und Wirkung auf den Magen kennen.

Wie ein psychisches Trauma können auch sehr lebhafte übermäfsig gewertete Vorstellungen wirken. Und damit gelangen wir zu dem zweiten oben aufgestellten Moment, nämlich dafs Vorstellungen durchaus imstande sind, sowohl von sich aus langdauernde Symptome von seiten des Magens auszulösen, als auch die infolge eines Traumas gezeitigten Magenerscheinungen weiter zu unterhalten. Hier nähern wir uns den von Strümpell als psychogene

Digitized by Google

Dyspepsie beschriebenen Fällen. Die Magenerscheinungen sind von primären Veränderungen des Vorstellungslebens abhängig. Als solche kommen hauptsächlich die Angst, an einem Magenleiden erkranken zu können und die Erwartung von Magenerscheinungen in Betracht, ebenso die auf Empfindungen von seiten des Magens gerichtete Aufmerksamkeit. Sie beobachtet die geringste Mifsempfindung, die wiederum von der Angst und der Erwartung verstärkt wird.

Verschiedene Möglichkeiten des Zustandekommens solcher psychogener Dyspepsien mögen nun erörtert werden.

Erste Möglichkeit: Durch eine seelische Erregung werden Magenerscheinungen ausgelöst. Das auslösende psychische Moment klingt im Bewufstsein des Betroffenen ab, während die Magenerscheinungen noch eine Zeit lang bestehen bleiben. Nun richtet sich die Selbstbeobachtung auf den Magen. Der Zusammenhang zwischen psychischem Trauma und körperlicher Folge ist entweder nicht klar, oder vergessen, oder aber es erscheint den Betreffenden unmöglich, dafs so langwierige und hochgradige Folgen nur psychisch vermittelt entstehen können. Damit hat die Idee, an einem organischen Magenleiden erkrankt zu sein, die erste Wurzel geschlagen. Hierdurch werden die Magenmifsempfindungen verstärkt, der circulus vitiosus ist fertig.

Zweite Möglichkeit: Wir haben es mit von jeher ängstlich auf ihre Gesundheit achtenden Individuen zu tun. Nehmen wir an, dafs derartige Personen durch irgendwelche tatsächliche Schädlichkeiten (z. B. akute Gastritis) organische Störungen von seiten des Magens bekommen, die nicht so schnell zurückgehen, wie sie erwarten, so ist hiermit der Grund zu den oben angeführten überwertigen Ideen gegeben. Auf die organisch bedingten Beschwerden werden die mehr oder minder „psychogenen“ Symptome aufgepfropft und bestehen weiter, wenn die organischen längst behoben sind.

Dritte Möglichkeit: Wir haben es mit ursprünglich magengesunden Individuen zu tun, deren Magen längere Zeit irgend welchen vermeintlichen Schädlichkeiten ausgesetzt ist. Z. B. müssen die Betreffenden ihre Mahlzeiten immer sehr hastig, oder mit Unterbrechungen, oder im Stehen, oder häufig schlecht zubereitet, kalt usw. einnehmen, kurzum es bestehen abnorme Verhältnisse für die Nahrungsaufnahme. Setzt sich nun bei solchen Leuten die Idee fest, dafs derartige Schädlichkeiten auf die Dauer wohl sicher organische Magenkrankheiten, und sei es nur einen chronischen Magenkatarrh, auslösen müssen und fangen sie an, sich zu beobachten und mit nur selten bewufster Aufmerksamkeit Magen-

Digitized by Google

erscheinungen zu erwarten, so werden sie, falls sie psychisch hierzu veranlagt sind, dies nicht lange vergebens tun.

Vierte Möglichkeit. Man könnte sie mit dem Schlagwort der Phobien überschreiben. Bei entsprechend veranlagten Individuen genügt die Angst, (wir nennen hier nur die in vorgerücktem Alter so oft auftretende Carcinomfurcht), die durch Lektüre oder durch Aufklärung der Laien von seiten der Ärzte noch gesteigert wird, um Magensymptome unangenehmster Art zu zeitigen. Es versteht sich natürlich von selbst, dafs die ersten rein psychisch entstandenen Beschwerden von seiten des Magens wie mit einem Schlage die Lage erheblich verschlimmern.

Einige Beispiele mögen diese Form Nervöser Dyspepsie vor Besprechung der Differentialdiagnose, Prognose und Therapie illustrieren.

Fall 3.

Psychische Dyspepsie.

Die 31jährige Drehersfrau war von jeher weich, nachdenklich, tief empfindend, leicht gerührt und überschwenglich im Empfinden von Freud und Leid. Mit 20 Jahren unterhielt Pat. ein Verhältnis, dem nach 2 Jahren ein Kind entsprang. Schon während der Schwangerschaft war Pat. „schrecklich gedrückt" und weinte viel. Sie war hitzig und reizbar, im Gegensatz zu sonst, und litt unter unmotivierten Angstgefühlen. Lebensüberdrufs bestand nicht. Die äufseren Verhältnisse waren nicht dazu angetan, die Stimmung der Kranken zu heben: Mit den Eltern, die das Verhältnis nicht dulden wollten, lebte sie in Unfrieden, der Bräutigam war kurz nach der Geburt des Kindes für 13 Monate nach China gegangen. Alles das wirkte sehr ungünstig auf sie ein. Da stellten sich $^1/_2$ Jahr nach der Entbindung immer heftiger werdende Magenerscheinungen ein (starkes Druckgefühl im ganzen Magen, Aufstofsen, Gefühl der Übelkeit, Appetitlosigkeit). Die Nahrungsaufnahme blieb ohne Einfluſs auf diese Beschwerden. Die Magensymptome dauerten ungefähr 1 Jahr. Nachdem der Bräutigam aus China zurückgekehrt war und Pat. geheiratet hatte, hörten wie mit einem Schlage die Magenbeschwerden auf, die Stimmung war wie umgewandelt.

In den folgenden Jahren konnte Pat. beobachten, dafs nach starken Aufregungen regelmäfsig Magenbeschwerden mit Verdüsterung der Stimmung für ganz kurze Zeit auftraten. Im September 1907 bekam die Kranke, offenbar im Anschluſs an einen Diätfehler, einen akuten Magendarmkatarrh, der einige Wochen dauerte und sie sehr herunterbrachte. Der Arzt hatte Verdacht auf Typhus, was sich jedoch nicht bestätigte. Über diese Möglichkeit regte sich Pat., was erst nach langem eingehenden Fragen zu ermitteln war, aufserordentlich auf. Im Gefolge dieses Darmkatarrhs trat wiederum — ähnlich wie 10 Jahre zuvor — die gedrückte Stimmung auf. Die Kranke wurde sehr schreckhaft, weinte viel, litt sehr unter Angstgefühlen und hatte die Empfindung als müsse ihr oder ihren Angehörigen etwas schreckliches zustofsen. Ihre Gedankenrichtung war trübe. Sie litt unter starkem Heimweh, schlief schlecht und träumte aufgeregt. Patientin hatte keinen ausgesprochenen Lebensüberdrufs, sondern nur das lebhafte Gefühl, dafs ihr das Sterben nicht unwillkommen sein würde, ja fast erwünscht wäre. Es bestand keinerlei psychomotorische Hemmung. Trotzdem hatte die Kranke das Gefühl einer starken inneren Veränderung. Kurze Zeit nun nachdem der Magendarm-

Digitized by Google

katarrh abgeklungen war, bekam sie Magenbeschwerden, die den vor 10 Jahren empfundenen aufs Haar glichen. Unter anderem hatte sie starken Druck im Epigastrium, der gegen Abend so stark wurde, dafs sie ihre Röcke aufbinden mufste. Diesmal war jedoch der Druck stärker nach der Nahrungsaufnahme. Es bestand ferner ein Gefühl „innerlichen Wundseins" im Magen. Verstimmung und Magenbeschwerden hatten sich langsam gebessert, bis eine Influenza im März 1908 Pat. wieder zurückwarf. Der Magenbeschwerden wegen kam sie in die Klinik.

Körperlich fand sich, abgesehen von einer diffusen Druckempfindlichkeit im Epigastrium eine ziemlich erhebliche Entero- und Gastroptose, sowie eine Rachenhypästhesie. Nach Probefrühstück und Probemahlzeit freie Salzsäure nur in Spuren, Gesamtacidität 35 resp. 71. Trotz Regulierung des in letzter Zeit angehaltenen Stuhls, trotz vorsichtiger Diät und Salzsäureverabreichung besserte sich der Zustand nicht, vielmehr sank das Gewicht in den ersten 14 Tagen um $2^1/_2$ Pfd. Eine Aussprache über den Zustand der Kranken führte jedoch eine völlige Änderung des Gesamtbildes herbei. Erst bei dieser eingehenden Unterredung ergaben sich alle die in der Anamnese niedergelegten ursächlichen Momente der Magenstörung, über deren Bedeutung sich Patientin keine Vorstellung gemacht hatte. Sie selbst sah nun ein, dafs die Magenstörungen jedesmal die unmittelbaren Folgen einer heftigen seelischen Erregung gewesen waren. Sie mufste zugeben, dafs sie seit Herbst 1907 ängstlich auf sich und ihre Magenbeschwerden geachtet hatte, ja, dafs die Idee, an einem Magenkrebs wie ihr verstorbener Vater zu leiden, immer festere Wurzeln gefafst hatte.

Nach den späterhin generaliter abzuhandelnden Prinzipien wurde der sehr verständigen Kranken die Entstehung der einzelnen Symptome genau erklärt und aufs entschiedenste versichert, dafs die Magenstörung rein psychisch bedingt sei. Zum Beweise dafür wurde sie auf volle Kost gesetzt und jede Medizin weggelassen. Ruhe und Bewegung wurden genau dosiert, ferner warme Bäder mit lauen Übergiefsungen angeordnet. Nach dem entscheidenden Gespräch war die Kranke wie umgewandelt. Die Stimmung besserte sich zusehends, die Angstgefühle verschwanden nach wenigen Tagen ganz. Pat. fühlte sich förmlich erleichtert und zwang sich, auf ihre Magenbeschwerden, die noch ca. 8—10 Tage fortbestanden, nicht zu achten. Vor allem beschäftigte sie sich nicht mehr mit sich, und hing nicht mehr dem Gedanken nach, ob ihr diese oder jene Speise schaden könne. Die Kranke nahm in der ersten Woche nach diesem ausführlichen Gespräch 3 Pfd., in der darauf folgenden $2^1/_2$ Pfd. an Gewicht zu und wurde 16 Tage nach der entscheidenden Aussprache beschwerdelos und vergnügt entlassen. — 6 Wochen später stellte sie sich uns wieder vor, die Heilung hatte standgehalten.

Diese Krankheitsgeschichte ist ein Prototyp für zahlreiche ähnlich gelagerte Fälle. Wir haben es bei unserer Kranken zweifellos mit einer psychopathischen Persönlichkeit zu tun, die, als die Magenbeschwerden zum erstenmal in ihrem 21. Lebensjahr auftraten, sowohl durch diese als auch durch die psychischen Veränderungen ihre psychopathische Reaktion aufs deutlichste dokumentierte. Dafs allein die psychischen Erregungen die Ursache der Magenstörungen waren, beweist mit der Sicherheit eines Experimentes deren Aufhören unmittelbar nachdem die Verhältnisse sich günstig gestaltet hatten. Wir hatten es also damals keines-

Digitized by Google

wegs mit einer neurasthenischen oder zyklothymen, sondern mit einer klassischen psychogenen Depression zu tun. Diese unterscheidet sich nicht nur symptomatologisch von den vorgenannten, sondern auch dadurch, daſs sie in den allermeisten Fällen alsbald verschwindet, nachdem der psychische Reiz, der sie hervorrief, aufgehört hat. Interessanter und bedeutungsvoller ist die zweite Magenattacke, welche die Kranke in die Klinik führte. Wäre man unbedingter Anhänger der Entero- und Gastroptoselehre gewesen, so hätte man sich mit dem Gedanken beruhigen können, daſs die Magenbeschwerden, durch die Verlagerung der Eingeweide bedingt, und die Stimmungsanomalie die natürliche Folge der Beschwerden sei. Man hätte die Enteroptose behandelt — und wohl sicher nichts erreicht. Das beweist schon die Tatsache, daſs die Kranke, bevor man den Zusammenhang erkannt hatte, sich trotz der Klinikbehandlung schlechter fühlte. Diejenigen, welche auf hysterische Stigmata so groſses Gewicht legen, hätten das Ganze als hysterische Magenneurose auffassen können. Auch damit wäre der Frau wahrscheinlich nicht geholfen gewesen. Daſs die Beschwerden einzig und allein durch im Unterbewuſstsein arbeitende und wirkende Vorstellungen bedingt waren, beweist der Erfolg unserer „Aufklärung“. Und damit kommen wir zu dem prinzipiell wichtigen Punkt dieses Falles: Auch das Unterbewuſstsein vermag zweifelsohne Magenerscheinungen auszulösen. Sobald aber durch eingehendes Durchsprechen des Zusammenhanges dem Patienten die Entstehung klar geworden ist, sobald er einsieht, daſs dies möglich, ja höchst wahrscheinlich oder sicher ist, haben wir zwischen Psyche und Magen den Keil der Selbstkritik geschoben. Dieses Moment in Verbindung mit dem „Abreagieren“ genügt zur mehr oder weniger schnellen Behebung der Beschwerden. Wir geben zu, daſs es auch für den Untersucher oft sehr schwer sein kann und vieler Mühe und Geduld bedarf, den Zusammenhang zu erkennen, umsomehr als dieser so häufig dem Patienten selbst völlig unbekannt ist und im ersten Augenblick unmöglich erscheint.

Wir sahen erst kürzlich einen Kranken, der von Zeit zu Zeit Magenbeschwerden (objektiv: Hypermotilität und leichte Hyperchlorhydrie) mit einhergehender „nervöser Erregung“ hatte. Eine psychische Ursache wollte er anfangs nicht gelten lassen, bis ihm ein paar Tage später bei längerem Nachdenken, und nachdem ihm der Weg gezeigt worden war, der Zusammenhang klar war. Er wusste nun, daſs regelmäſsig stärkere Aufregungen zuerst psychische Veränderungen, dann wenige Tage später Magenbeschwerden ausgelöst hatten, die jedesmal mehrere Wochen bestanden und dann von selbst abklangen. Vom Moment aber, wo ihm der ganze Zu-

Digitized by Google

sammenhang klar geworden war, hörten die Magenbeschwerden ohne irgendwelche sonstige Therapie auf, während die Hypermotilität und die Hyperchlorhydrie fortbestanden. Hiervon konnten also die Magenbeschwerden sicher nicht gekommen sein. Bei einer anderen Kranken, die ebenfalls rein psychisch (Carcinomfurcht) ausgelöste Magenbeschwerden hatte (gleichzeitig bestand auch hier eine starke Entero- und Gastroptose), hörten die sämtlichen Erscheinungen für viele Monate auf, als ihr Kind schwer erkrankte und hingebender Pflege bedurfte. Erst nachdem die Kranke ihren „überwertigen Ideen" wieder nachhängen konnte, traten dyspeptische Erscheinungen auf. Hier war wohl das die Magenbeschwerden auslösende psychische Moment von der Angst und der Sorge um das Kind „übertönt" worden.

Wegen der Wichtigkeit dieser Fälle mögen noch zwei Krankengeschichten folgen:

Fall 4.

Psychische Dyspepsie.

Das 25jährige Zimmermädchen, das von jeher leicht erregbar und eine „gedrückte Natur" gewesen sein will, erkrankte zum erstenmal mit 19 Jahren im unmittelbaren Anschluſs an den Tod ihrer Mutter. Sie bekam Magenschmerzen nach jeglicher Nahrungsaufnahme und muſste sehr häufig ca. $^1/_2$ Stunde nach dem Essen erbrechen. Dem Erbrochenen war niemals Blut beigemischt. Die Schmerzen waren nicht an einer Stelle lokalisiert, traten nur nach der Nahrungsaufnahme auf und strahlten in den Rücken aus. Patientin begab sich in Spitalbehandlung, wo sie auf Magengeschwüre behandelt wurde. (Die eingeforderte Krankengeschichte war nicht zu bekommen. Nur die Diagnose „ulcus ventriculi und Hysterie" wurde uns mitgeteilt.) Während der ersten Woche bekam sie nichts zu essen und wurde nur mit Nährklystieren ernährt. Auf dem Magen lag anfangs ständig ein Eisbeutel. Mit dem Beginn der Spitalbehandlung hörten alle Erscheinungen von seiten des Magens auf. Hinzuzufügen wäre noch, daſs infolge der plötzlichen Todesnachricht die Stimmung der Kranken damals sehr gedrückt war und es ungefähr 2 Jahre blieb. Patientin „verlor ihre Lebensfreude", war aber weder psychomotorisch gehemmt noch schwermütig. Nach $^1/_4$jähriger Spitalbehandlung wurde sie, was das Magenleiden anbelangte, völlig gesund entlassen. In den folgenden 6 Jahren trat Magendrücken nur nach heftigem Ärger auf. — Die jetzigen Magenbeschwerden entwickelten sich langsam; ungefähr $^1/_4$ Jahr vor der Aufnahme in die Klinik. Damals regte sich das Mädchen auſserordentlich über eine Chloroformnarkose beim Zahnarzt auf. Kurz danach traten Magenbeschwerden auf, die ganz besonders quälend wurden, nachdem einige Wochen nach dieser ersten Erregung eine Frau auf der Straſse neben ihr einen epileptischen Anfall bekommen hatte. Schon am gleichen Abend konnte sie vor Aufregung nichts essen. In der Folgezeit gesellte sich Übelkeit und Aufstoſsen hinzu. Der ganze Magen schmerzte, besonders an der alten Stelle. Diesesmal waren die Schmerzen nicht abhängig von der Nahrungsaufnahme. Die Beschwerden wechselten an Intensität, waren auch manchmal tagelang ganz vorbei. Eigentümlich war, daſs sie in der letzten Zeit immer erst um 2 Uhr mittags auftraten. Der Stuhl war regelmäſsig. Mit

Digitized by Google

den Beschwerden zugleich änderte sich die Stimmung. Die Kranke war aufserordentlich niedergeschlagen, weinte häufig ohne Grund und war sehr reizbar und empfindlich.

Da die Kranke nach dreimonatlichem Bestehen all dieser Erscheinungen sehr heruntergekommen war, suchte sie um Aufnahme in die Klinik nach, wo sie nur von ihren Magenbeschwerden erzählte. Erst nach mehreren Tagen und auf eindringliches diesbezügliches Fragen wurde ihr klar, dafs die geschilderten psychischen Erregungen den Magenbeschwerden unmittelbar vorausgegangen waren, sowie dafs überhaupt ein sehr enger Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Verfassung und ihren Empfindungen im Magen bestand. Motilität, Lage und Sekretionsverhältnisse des Magens waren vollkommen normal. (Nach Probefrühstück freie HCl 25, Gesamtacidität 47; nach Probemahlzeit freie HCl 37, Gesamtacidität 90.) Die mehrfachen Magenausheberungen zu diagnostischen Zwecken hatten einen sehr lebhaften Eindruck auf die empfindsame und rührselige Kranke gemacht. Schon danach waren die Beschwerden wesentlich geringer, um ganz zu verschwinden, nachdem ihr die Versicherung gegeben worden war, dafs der Magen völlig gesund sei, und die Sachlage eingehend durchgesprochen war. Patientin wurde sofort danach auf volle Kost gesetzt und fühlte sich dabei völlig wohl. Die Stimmung war nach ihrer eigenen Beschreibung „wie umgewandelt". Das Körpergewicht stieg in 10 Tagen um nahezu 2 Pfd. Die Kranke wurde 10 Tage nach der Aufnahme geheilt entlassen. Die Druckempfindlichkeit des Magens an einer Stelle unterhalb des processus xiphoideus war verschwunden. — Während des nächsten halben Jahres blieb sie, unseren Erkundigungen zufolge, von Magenbeschwerden verschont.

Auch hier ist der Zusammenhang zwischen psychischem Trauma und Magenbeschwerden völlig klar. Bemerkenswert ist die starke Suggestibilität, und damit ist auch diese Kranke wieder ein Beispiel für viele. Bei der ersten Erkrankung hätte man, wenn man danach gefragt hätte, wohl erkennen können, dafs die Magenbeschwerden Folgen des Shocks gewesen sind. Dies wurde offenbar nicht erkannt. Die Behandlung auf Magengeschwür in Verbindung mit dem plötzlichen Milieuwechsel wirkten so suggestiv, dafs alle Beschwerden fast augenblicklich zurücktraten. Bei der zweiten von uns beobachteten Attacke hätte die psychische Wirkung des Magenausheberns anscheinend genügt, um die Beschwerden zu beseitigen. Glatter und zweckmäfsiger, schon allein zur eventuellen Verhütung eines Rückfalls, war natürlich das „Abreagieren". Man sieht aber, dafs man bei solchen psychischen Dyspepsien in manchen Fällen eventuell auch nur durch Magenbehandlung zum Ziel kommt.

Interessant ist bei unserem Fall 4, dafs wir es ebenfalls mit einer psychopathischen Persönlichkeit zu tun haben. Die angeblich nahezu zwei Jahre währende Verstimmung nach dem Tode der Mutter kann nur als psychopathische Reaktion aufgefafst werden. Charakteristisch für derartige Fälle ist, dafs die beim zweitenmal infolge des psychischen Traumas gezeitigte Depression beim Abreagieren verschwindet. Ganz besonders betonen möchten

Digitized by Google

wir, daſs auch uns erst nach einigen Tagen das die Magensymptome auslösende Trauma bekannt wurde, nachdem die Kranke über den Zusammenhang nachgedacht hatte und aufs eingehendste nach einer solchen Ursache gefragt worden war.

Der folgende Fall verdient vom psychiatrischen Standpuukt aus besonderes Interesse.

Fall 5.

Psychische Dyspepsie. — Später zyklothyme Depression mit Magenbeschwerden.

Der 35jährige Maschinenbauer wird von seinem Arzt wegen Verdachtes auf Magengeschwür in die Klinik eingewiesen. Als Patient 18 Jahre alt war, überfiel ihn plötzlich eine Art Krampf auf dem Klosett, so daſs er nicht imstande war, Wasser zu lassen. Er bekam einen Zitteranfall und vermochte während $1^1/_2$ Stunden nicht zu sprechen. Weinend und schreiend lief er zum Arzt und erklärte durch Gebärden seine Beschwerden. Nach Hause gebracht, lag er 8 Tage „gelähmt" zu Bett und will auch mehrfach in dieser Zeit mit den Händen und Füſsen um sich geschlagen haben, er hatte jedoch anscheinend keinen richtigen Krampfanfall. — Mit 23 Jahren platzte ihm bei einer Schieſsübung während des Militärdienstes das Trommelfell, worüber er sich auſserordentlich aufregte. Unmittelbar im Anschluſs daran traten Magenstörungen auf. Er hatte Magendruck an einer Stelle, Aufstoſsen und das Gefühl des Magenbrennens, Beschwerden, die nach der Nahrungsaufnahme stärker wurden. Nach 8 Tagen war er wieder völlig gesund. Mit 29 Jahren setzte nach geschäftlichen Schwierigkeiten, die sich über längere Zeit hinzogen, abermals ein Magenleiden ein, das sich vorwiegend in Druckgefühl an einer Stelle, Brennen, Aufstoſsen und häufigem Erbrechen äuſserte. Der Appetit war völlig geschwunden, ein pappiger Geschmack im Munde war dem Kranken sehr unangenehm. Er wurde von seinem Arzt auf Magengeschwüre behandelt und war nach 6wöchentlicher Spitalbehandlung wieder völlig gesund.

Während dieser Anfälle von Dyspepsie will der Kranke psychisch in keiner Weise verändert gewesen sein. Als er jedoch im Herbst 1906 bei einem unverschuldeten nächtlichen Überfall auf der Straſse am Kopfe verwundet wurde, traten Magenbeschwerden und psychische Anomalien auf. Der Kranke hatte völlig den Appetit verloren, muſste öfters erbrechen und hatte Brennen im Magen. Der Druckschmerz war über den ganzen Magen verbreitet. Oft konnte er sich nur durch künstliches Erbrechen Erleichterung schaffen. Auch diesmal trat wieder Stuhlverstopfung, Aufstoſsen, pappiger Geschmack im Munde usw. auf. Im Januar 1907 regte sich der Kranke bei der Gerichtsverhandlung, als er zum ersten Male seinen Angreifer wiedersah, sehr auf. Die vorher schon getrübte Stimmung wurde noch düsterer. Es entwickelte sich eine ausgesprochene Schwermut mit starker psychomotorischer Hemmung, die sich in Arbeitsunfähigkeit, in Denkunvermögen, Entschluſsunfähigkeit usw. äuſserte. Heftige Angstgefühle traten auf, ebenso sehr ernsthafte Selbstmordgedanken. Der vorher ruhige und gleichmäſsige Kranke wurde sehr abgeschlagen und müde, empfindlich, reizbar, leutescheu, weinte häufig ohne irgendwelchen Grund und hatte das Gefühl einer intensiven psychischen Veränderung. Es kam zu ausgesprochener Bettsucht: „Mittags legte ich mich ins Bett, sobald ich Zeit hatte, ebenso abends sofort nach Geschäftsschluſs." Dieser Zustand bestand mit kurzen Schwankungen, in welchen die Stimmung normal und die

Digitized by Google

Magenschmerzen völlig verschwunden waren (Dauer: höchstens ein Tag) seit vier Monaten. Diätetische Maßnahmen während der verflossenen Monate hatten auf das Magenleiden keinerlei Einfluß. Objektiv fand sich bei der Aufnahme in der Klinik nur eine diffuse Druckempfindlichkeit des Magens und deutliches Plätschern. Die Motilität war intakt, die Sekretion des Magens ergab annähernd normale Werte (nach Probefrühstück freie Salzsäure 40, Gesamtacidität 57). Während sich bei vorsichtiger resp. leichter Kost die Magenbeschwerden ziemlich bald verloren, blieb die Depression, allerdings in etwas geringerer Intensität, während des zweiwöchentlichen Aufenthaltes in der Klinik bestehen.

6 Monate später teilte uns der Kranke schriftlich mit, dass die Magenbeschwerden völlig verschwunden seien, er selbst sei ein „neuer Mensch" geworden, es solle ihn freuen, wenn es so weiter ginge. „Ich bin manche Tage überglücklich, wenn ich zurückblicke auf jetzt im Gegensatz zum vorigen Jahr, wo ich soweit war, daß es mir leid war, noch zu leben, vielmehr noch mit einem anderen Menschen zu sprechen. Ich wundere mich selbst, daß mir das Essen jetzt so gut bekommt. Jetzt stehe ich morgens mit Freuden auf."

Eine Anfrage betreffs seines Gesundheitszustandes ein Jahr nach der Entlassung aus der Klinik beantwortete Patient wie folgt: „Es war alles gut bis vor 14 Tagen, wo ich die Mahlzeiten öfter überging und in Eile nur ein paar Bissen zu mir nahm. Da verspürte ich wieder das alte Gären und die Magenschmerzen. Also der alte Anfang. Auch habe ich die innere Furcht und Aufregung wieder. Kein Appetit ist da. Ich bin mir selbst nicht gut. Ich bekam vom Arzt ein Glas Emser Salz zu Anfang, vielleicht hat das eine Einwirkung auf den Magen gehabt."

Der Fall ist psychiatrisch zweifelsohne kompliziert. Die Attacke mit 18 Jahren darf wohl als Schreckneurose hysteriformer Art aufgefaßt werden. Die im 23. und 29. Lebensjahre auftretenden Dyspepsien sind zweifelsohne psychogene, zumal ja hier der kausale Zusammenhang klar zutage liegt. Auch im Herbst 1906 trat wieder eine Emotionsdyspepsie auf. Diesmal gesellten sich aber in deren Verlauf so schwere psychische Veränderungen hinzu, daß man die gemütliche Verfassung des Kranken wie sie sich in der Klinik präsentierte, nur als zyklothyme Depression auffassen kann. Die — vielleicht psychogenen — Magenbeschwerden verloren sich in der Klinik schnell. Die Depression bestand aber nach wie vor weiter. Der uns $^1/_2$ Jahr nach der Entlassung gesandte schriftliche Bericht scheint unsere Betrachtungsweise des Falles zu bestätigen. Es macht ganz den Eindruck, als ob auf die Depression eine leichte manische Phase gefolgt wäre.

Auf die Beschreibung solcher psychischen Veränderungen wird bei Besprechung der zyklothymen Magenbeschwerden ausführlich eingegangen werden. — Ob der Rückfall ein Jahr nach der Entlassung aus der Klinik eine psychische oder zyklothyme Dyspepsie war, läßt sich natürlich ohne Untersuchung des Kranken nicht entscheiden.

Auf die ausführliche Mitteilung eines fast analogen Falles

Digitized by Google

soll hier verzichtet werden. Auch bei diesem haben wir es wieder mit einem psychiatrisch aufserordentlich komplizierten Fall zu tun, der aufs neue beweist, wie sehr die Grenzen zwischen den einzelnen Unterabteilungen, die wir hier aufgestellt haben, unter Umständen verschwimmen können. Es handelt sich um ein 28jähriges Mädchen, das an mittelschwerer Hysterie leidet. Im Verlauf der letzten vier Jahre traten zweimal rein psychische Dyspepsien auf, die stets wochenlang dauerten. Vor ca. 1 Jahr entwickelte sich nun ohne nachweisbare Ursache eine ganz ausgesprochene zyklothyme Depression mit Magenbeschwerden. Die Depression klang nach einem halben Jahr langsam ab, nachdem die Magenbeschwerden auf suggestivem Wege durch mehrfache Spülungen längst beseitigt worden waren. Bemerkenswert war bei diesem Mädchen die Feststellung einer Achylia gastrica mit starker Hypermotilität. Diese Anomalie konnte 4 Jahre hindurch beobachtet werden und machte in der psychisch freien Zeit keinerlei Beschwerden.

Einer Form, die ebenfalls in das Gebiet der psychischen Dyspepsie gehört, haben wir hier noch zu gedenken, wir meinen die Dyspepsie bei traumatischer Neurose. Wir beobachteten einen Kranken, welcher infolge Einatmung giftiger Gase dyspeptische Beschwerden bekommen hatte. Der Schreck, die fast an eine Wahnidee grenzende Überzeugung, vergiftet zu sein, sowie das Begehren nach Rente wirkten zusammen, um für Monate hinaus Magenbeschwerden vager Art, bei normaler Motilität, Sekretion und Lage des Magens zu unterhalten. Bei diesen Fällen — das sei hier vorweg genommen — fällt die Prognosestellung mit der für gewöhnliche traumatische Neurosen zusammen. Sie ist im allgemeinen nicht günstig wegen des Verlangens nach Rente.

Was die Differentialdiagnose der psychischen Dyspepsie gegenüber der psychopathischen anlangt, so mufs betont werden, dafs hier ganz besonders viele fliefsende Übergänge vorkommen, indem die Psychopathen selten frei von überwertigen Ideen sind und ihre Magenbeschwerden häufig nach psychischen Traumen auftreten, während bei den Psychogendyspeptischen fast durchweg psychopathische Züge gefunden werden. Trotzdem lassen sich aber eine Reihe differentialdiagnostischer Momente ins Feld führen. Vor allem haben wir bei den psychogenen Dyspepsien geringere psychopathische Symptome vor dem Anfall und stärkere währenddessen. Ganz besonders ausgeprägt ist dann oft eine sehr erhebliche Depression, die, wie wir gesehen haben, mit Angstgefühlen und Lebensüberdrufs vergesellschaftet sein kann. Wir haben ferner bei der psychogenen Dyspepsie regelmäfsig ein meist erhebliches psychisches Trauma, das den Magenbeschwerden vorangeht. Oft

Digitized by Google

ist es eine einmalige intensive seelische Erschütterung, welche den Symptomenkomplex zeitigt, manchmal sind es aber auch fortgesetzte kleinere Erregungen. Charakteristisch sind ferner ein anfallsweises, ziemlich rasch einsetzendes Auftreten der Symptome und die sehr zahlreichen überwertigen Ideen.

Die Abtrennung der psychogenen von der hysterischen Dyspepsie ist für gewisse Fälle deshalb schwierig, weil hysterische Züge der psychischen Dyspepsie beigemengt sein können, und gar nicht selten auch hysterische Stigmata nicht fehlen. Entscheidend ist hier der Nachweis des hysterischen Charakters, der sich in zahlreichen Punkten von dem psychopathischen unterscheidet.

Die Differentialdiagnose zwischen psychischer und zyklothymer Dyspepsie wird bei der Zyklothymie besprochen werden.

Zweifellos bereitet auch für manche Fälle von erworbener Neurasthenie mit dyspeptischen Symptomen die Abtrennung von der psychogenen Dyspepsie Schwierigkeiten. Dann nämlich, wenn wir bei der letztgenannten die psychopathische Grundlage anamnestisch nicht eruieren können und lang dauernde Erregungen die Dyspepsie ausgelöst haben, wenn wir ferner bei der erworbenen Neurasthenie, was nicht selten geschieht, mehr oder weniger zahlreiche psychogene Züge finden. Im allgemeinen unterscheiden sich diese beiden Formen aber scharf durch die Vorgeschichte, indem wir bei der psychogenen Dyspepsie die psychopathische Veranlagung, das die Magenbeschwerden auslösende psychische Trauma und die zahlreichen überwertigen Ideen feststellen können.

Wir müssen gestehen, daſs die Differentialdiagnose bei verschwommenen Fällen psychischer Dyspepsie gegenüber den anderen in Betracht kommenden Neurosen auf ebenso groſse Schwierigkeiten stoſsen kann, wie sie bei der ausgesprochenen Form leicht und glatt zu stellen ist. Meistens wird man aber in der Lage sein, eine präzise Diagnose begründen zu können.

Bei der reinen psychogenen Dyspepsie ist die Prognose für den einzelnen Anfall bei richtiger Behandlung fast durchweg gut, im Gegensatz zu der gewöhnlichen psychopathischen Dyspepsie. Wie wir gesehen haben, sind die Recidivmöglichkeiten anscheinend recht groſs. Es fragt sich aber, ob sie auch dann noch so groſs sind, wenn die Kranken den psychologischen Zusammenhang einmal richtig erkannt haben und dadurch für die Zukunft gegen sich selbst gewappnet sind. An unserem Material vermochten wir dies nicht zu entscheiden.

Bei der Therapie der psychischen Dyspepsieform eröffnet sich uns mit dem richtigen Verständnis dieser Zustände ein weites Feld fruchtbarer Betätigung. Die Behandlung beginnt schon bei

Digitized by Google

Erhebung der Anamnese. Gewöhnlich veranlassen uns das Aussehen der Kranken, ihre etwas ängstlich und oft sehr weitschweifig vorgebrachten Klagen, ferner die häufig paradoxen Empfindungen, psychische Veränderungen als ursächliches Moment der Magenbeschwerden zu vermuten. Wir müssen schon bei dem Ausfragen über die Vorgeschichte dem Kranken das Gefühl geben, dafs er sich nicht nur über seine körperlichen Beschwerden, sondern auch über sein Seelenleben aussprechen kann, dafs er von dem Hörer auch wirklich gehört und verstanden wird. Man wird, wie schon erwähnt, nicht gar so selten bei der ersten Unterhaltung, besonders bei etwas zurückhaltenden Menschen, den Kausalzusammenhang nicht ermitteln können. Die Kranken versichern uns, es sei kein Shock, kein psychisches Trauma den Magenbeschwerden vorausgegangen. Oder — und das haben wir mehrfach erlebt — die Patienten ahnen den Zusammenhang überhaupt nicht und können fürs erste gar nicht begreifen, dafs eine längst abgeklungene Erregung so langdauernde Magenbeschwerden auszulösen vermag. Hier gilt es also, möglichst lange bei den Anfangssymptomen des „Magenleidens" zu verweilen und gerade diese Epoche der Krankheit in Bezug auf das Seelenleben aufs eingehendste mit den Patienten durchzusprechen. Wenn man den Verdacht hat, dafs es sich um ein psychisches Magenleiden handeln könne, wird man dem Kranken auseinandersetzen, dafs für die Behandlung seines Leidens die Beantwortung der Frage, ob Erregungen vorausgegangen seien oder nicht, von grösster Wichtigkeit sei. Schliefslich wird man aber bei genügender Ausdauer in den einschlägigen Fällen dahin gelangen, den Zusammenhang beurteilen zu können. Bei Erhebung der Anamnese gilt es ferner, aufs genaueste zu ermitteln, welche Rolle bei den Beschwerden wohl die Selbstbeobachtung, die Erwartung und die Angst spielen können. Die Kranken haben z. B. die Überzeugung, dafs ihnen der Alkohol, diese oder jene Speise schaden könne, und lassen sich trotzdem einmal zu deren Genufs verleiten. Bald danach, bei ruhiger Überlegung, packt sie die Reue. Sie wiederholen sich oft, dafs die Folgen des „Exzesses" nicht lange auf sich warten lassen werden. Der Erfolg dieser Gedanken bleibt dann auch wirklich nicht aus. Allein durch diese Überlegungen bekommen die Kranken ihre Beschwerden, sind aber innerlich fest davon überzeugt, dafs nur die betreffende Speise hierfür verantwortlich gemacht werden mufs. Einer unserer Kranken pflegte seine Beschwerden immer zu einer bestimmten Tageszeit zu erwarten, nicht vergebens. Er war sich nicht bewufst, wie auffällig die „Pünktlichkeit" seiner Mifsempfindungen für den objektiven Beobachter sein mufste.

Man wird eventuell ferner den Kranken nach dem psychischen

Digitized by Google

Effekt dieser oder jener therapeutischen Maßregel, die von seiten eines Arztes angeordnet wurde, fragen und oft erstaunt sein, welch große Kreise eine harmlose ärztliche Verordnung, wie „leichte Kost", „Stomachica" usw. zu ziehen imstande ist. Waren nämlich derartige Kranke schon früher bei Ärzten, die ihnen zwar versichert hatten, ihr Leiden sei „rein nervös", aber trotzdem Medikamente oder diätetische Vorschriften gegeben hatten, so faßt der Gedanke nur gar zu leicht in ihnen Wurzel, „warum bekomme ich dies oder jenes verordnet, wenn mein Magen gesund ist". Daran schließt sich schnell die Folgerung an, daß, wenn so detaillierte Verordnungen getroffen werden, der Magen nicht gesund sei, und man ihnen nur aus persönlicher Rücksichtnahme die Wahrheit, daß ein Magenleiden vorliege, nicht gesagt habe.

Die psychische Therapie muß, nachdem wir die Sachlage klar erkannt haben, dahin zielen, unsere Gedankengänge vor den Kranken klar zu entwickeln. Wir müssen ihnen zeigen, wie wir die Dinge sehen, wie sich für uns der Zusammenhang darstellt. Man wird zur Erläuterung mit allgemein verständlichen Dingen anfangen müssen, an Beispielen erörtern, wie innig der Zusammenhang zwischen Seelenleben und Verdauungstraktus ist. Man wird zeigen, wie z. B. durch die Vorstellung des Ekels Erbrechen, infolge Angst Durchfälle erzeugt werden können, wie fast bei jedem Menschen die Erregung appetithemmend wirkt. Dann wird man darlegen, wie bei sensibeln, psychisch besonders fein veranlagten Individuen die körperlichen Folgen der seelischen Erregung lange Zeit nachwirken können. Man wird den Kranken eingehend auseinandersetzen, daß die Angst, an dieser oder jener Krankheit zu leiden, die Selbstbeobachtung, die gesteigerte Aufmerksamkeit usw. als psychische Faktoren die gleiche Rolle wie die oben genannten spielen und imstande sind, Mißempfindungen auszulösen.

Man wird ihnen an Hand ihrer eigenen Darstellung zeigen, wie sehr sie mit diesen Faktoren zu rechnen haben und wie sie unbewußt ihre Schlüsse ziehen. Dadurch, daß man eine Reihe von psychischen Faktoren, die im Unterbewußtsein gewirkt haben, zum Bewußtsein bringt, zerstört man bis zu einem gewissen Grade ihre Wirkung. Oft fällt es dann den Kranken wie Schuppen von den Augen und sie vermögen den Zusammenhang klar und deutlich einzusehen. Sie empfinden selbst, daß hiermit die Heilung angebahnt ist. Nur nebenbei sei bemerkt, daß man ebensowenig wie mit dem Schlagwort „nervös" mit der Behauptung „auf Vorstellungen beruhend", „Einbildung" usw. etwas erreichen wird,

Digitized by Google

sondern nur mit ausführlichen, dem Verständnis des Kranken angepafsten psychologischen Erklärungen. Man darf nie bezweifeln, dafs die Beschwerden tatsächlich empfunden werden, umsomehr als dies eine völlige Verkennung der Tatsachen wäre. Psychisch bedingte Schmerzen sind ebenso unangenehm wie organisch begründete. Mit dem Zweifel an der Realität der Mifsempfindungen wird man nur das Zutrauen seiner Kranken verlieren.

Mit diesem einmaligen gründlichen Durchsprechen des psychischen Zusammenhangs wird man bei den leichten und mittelschweren Fällen die Heilung angebahnt haben. Man wird die Kranken anhalten, sich von nun an selbst mit den Augen des Arztes zu beobachten, selbst jeder Vorstellung, jedem Gedanken nachzugehen, jede Mifsempfindung zu prüfen, ob sie nicht die Folge einer Vorstellung ist. Man wird auseinanderzusetzen haben, dafs die psychischen Verbindungen zwischen Vorstellung und Magen nicht durch eine einmalige Aussprache definitiv beseitigt sein können, dafs aber die Genesung um so rascher fortschreiten wird, je öfter die Kranken selbst mit ihrer Kritik und ihrem Willen einsetzen.

Haben wir unsere Gedankengänge dem Kranken so mitgeteilt, dafs er sie verstanden hat, so treten in der Mehrzahl der Fälle von diesem Moment an die stark ausgeprägten psychischen Veränderungen: deprimierte Stimmung, Angstgefühle, Empfindlichkeit, Reizbarkeit usw. schnell zurück.

Wir halten es für sehr wichtig, durch die ferneren Verordnungen die Überzeugung, dafs der Magen wirklich gesund ist, zu kräftigen. Die Kranken bekommen keinerlei Arzneimittel und sollen essen wie in früheren gesunden Tagen. Nach unserer Erfahrung kommt man bei verständigen Patienten, die wirklich gesund werden wollen, mit dieser rein psychischen Therapie zum Ziel. Irgendwelche suggestive Einflüsse wie Magenspülungen, Magendouche usw. können, wie einige unserer Beispiele zeigen, eventuell auch nützen, sie sind aber zum mindesten unnötig. Die Stuhlregulierung durch geeignete Kost usw. wird, falls dies notwendig ist, nützlich sein. Man darf nicht verkennen, dafs die oft sich über lange Zeit hinziehenden Beschwerden und die gemütliche Veränderung auch nach der entscheidenden Aussprache nach einem Ausgleiche verlangen. Eine mehrwöchentliche Ruhe- und Ernährungskur, eventuell in Verbindung mit leichter Hydrotherapie, wird dies zuwege bringen. Die Probe aufs Exempel bleibt aber das sofortige Nachlassen der Beschwerden und das Zurücktreten der psychischen Anomalien nach Beginn der psychischen Therapie. Durch diese prompte Reaktion unterscheiden sich die psychischen Dyspepsien grundlegend von allen anderen.

Digitized by Google

Die Behandlung dieser Dyspepsieform stellt grofse Anforderungen an das Verständnis, an die Zeit und Geduld des Arztes. Der durchschlagende Erfolg wird ihn reichlich hierfür entschädigen.

Dritte Unterabteilung:

Hysterie als Ursache der Dyspepsie.

Die Hysterie ist leicht diagnostizierbar, sobald sie mit den ihr eigentümlichen psychischen Veränderungen (hysterischer Charakter) und körperlichen Symptomen (Lähmungen, Kontrakturen, Sensibilitätsstörungen, Reflexanomalien, Gesichtsfeldeinschränkung usw.) auftritt. Sie kann aber auch grofse diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Hier mufs betont werden, dafs gar nicht so sehr selten hysterische Stigmata bei anderen Psychoneurosen, speziell bei der Zyklothymie vorkommen. Sicherlich wendet man die Bezeichnungen „hysterisch" und „neurasthenisch" sehr häufig zu Unrecht an. Psychopathen und Zyklothyme z. B. werden nicht selten für Hysteriker gehalten. Ebenso wie die Psychopathie beruht die echte Hysterie auf einer konstitutionellen Anomalie. Man unterscheidet wohl zweckmäfsig eine leichte und eine schwere Form der Hysterie. Zu dieser letzten rechnen wir alle diejenigen Erkrankungen, welche mit ausgesprochenen körperlichen Störungen, z. B. Lähmungen oder Kontrakturen einhergehen. Diesen geht unseres Erachtens meist eine starke Allosuggestibilität ab, während im allgemeinen die leichten Hysterien beeinflufsbar und suggestibel sind. Scharf zu trennen sind nach unserer Meinung die eventuell ganz unter dem Bilde der Hysterie verlaufenden traumatischen, Erwartungs-, Shock-, Emotions-Neurosen usw. mit hysterischen Symptomen. Ebenso haben rein psychogene Zustände mit hysterischen nichts zu tun; sie sind prinzipiell verschieden, wenn sie sich auch noch so ähnlich sehen können. Die echte Hysterie äufsert sich in dem hysterischen Charakter, der meist schon in früher Jugend zutage tritt, in dem exaltierten theatralischen Wesen und der starken Autosuggestibilität. Es ginge weit über das von uns gesteckte Ziel hinaus, wollten wir hier auch nur den Versuch machen, die hysterische Psyche zu schildern. Darüber möge man sich in den grofsen Monographien orientieren.

Das wirklich einigermafsen Kennzeichnende für alle hysterischen Erkrankungen ist, wie Moebius und Kraepelin sehr richtig sagen, die aufserordentliche Schnelligkeit und Leichtigkeit, mit welcher psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Störungen sich wirksam zeigen. So finden wir auch Magen-

Digitized by Google

beschwerden bei der Hysterie gar nicht selten. Bei den leichten Hysterien mit dyspeptischen Störungen wirkt eventuell jede therapeutische Maſsnahme, oft allerdings nur vorübergehend, manchmal aber auch recht nachhaltig. Häufig bedürfen solche Individuen keiner ihnen verständlichen psychologischen Erklärung ihrer Beschwerden. Der Glaube bewirkt hier die Heilung. („La foi qui guérit.")

Als Beispiel schwerer Hysterie mit Magenstörungen diene der folgende Fall. Hier macht sich ganz besonders unangenehm bemerkbar, daſs wir bei Erhebung der wichtigen Vorgeschichte einzig und allein auf die Angaben des Kranken selbst angewiesen waren.

Fall 5.

Hysteria gravis als Ursache der Magenbeschwerden.

Der 34jährige Fabrikarbeiter soll angeblich bis zum Jahre 1902 vollkommen gesund gewesen sein. Ohne äuſsere Veranlassung litt er damals unter reiſsenden Schmerzen in der Magengegend, die unabhängig von der Mahlzeit waren, oft anfallsweise auftraten und viele Stunden dauerten, hie und da aber auch tagelang ganz aussetzten. Fast stets waren sie von Erbrechen begleitet, das meist Erleichterung brachte. Gefühle, als ob der ganze Magen sich zusammenkrampfte, häufiges Erbrechen, sowie Schmerzen in der Nabelgegend bestimmten den bis zum Jahre 1905 mit Unterbrechungen arbeitenden Mann, sich laparotomieren zu lassen. Bei der Operation fand sich nichts Pathologisches im Magen. Nach diesem Eingriff jedoch traten die Magenbeschwerden und das Erbrechen um so heftiger auf. Es entwickelte sich bis zum Jahre 1908 ein Zustand schwerster Hysterie mit halbseitiger Empfindungslähmung, mit Gesichtsfeldeinschränkung, halbseitiger Anosmie und Ageusie, ferner eine hysterische, spastisch-ataktisch sich darstellende Monoplegie der unteren Extremität. Die Magenbeschwerden bestanden unverändert fort, der Kranke klagte stets über „unerträgliche Magenschmerzen", welchen einzig und allein Erbrechen einige Linderung schuf. Häufig auftretende hysterische Anfälle mit arc de cercle ohne Bewuſstseinsverlust konnten nur durch starke faradische Ströme coupiert werden. Lage und Motilität des Magens waren normal, die Sekretion wechselnd (nach Probefrühstück Salzsäuredeficit 4, Gesamtacidität 44; nach Probemahlzeit Salzsäure 25, Gesamtacidität 53). Einige Wochen später fand sich nach Probefrühstück freie Salzsäure 19 und Gesamtacidität 68. — Auch psychisch bot Patient das Bild einer schweren Hysterie.

Es handelte sich hier um einen Fall, bei welchem auf Grund des ganzen Krankheitsbildes die Diagnose Hysterie leicht gestellt werden konnte. Prognostisch sind derartige schwere Fälle wenig günstig. Infolge ihrer geringen Suggestibilität sind sie therapeutisch sehr wenig beeinfluſsbar.

Eine unserer hysterischen Kranken mit dyspeptischen Beschwerden, die wir lange Zeit in der Klinik behandelten, war für irgendwelche Suggestivtherapie immer nur für kurze Zeit empfänglich.

Digitized by Google

Jedes Medikament, jede therapeutische Prozedur nützte vorübergehend, dann kamen die Beschwerden wieder. Diese Kranke wurde jedoch, brieflichen Mitteilungen zufolge, durch eine Wallfahrt nach Lourdes, nachhaltig in ihrem Befinden gebessert. Zur Besserung bedurfte sie also einer sehr starken Suggestion.

Die Prognose der hysterischen Dyspepsie hängt völlig von der Schwere der psychischen Veränderungen ab. Naturgemäfs haben die leichten Formen günstigere Heilungsaussichten, wenngleich eine Disposition zu Rückfällen immer vorhanden sein wird.

Die Differentialdiagnose und Therapie der Hysterie ist in allen Monographien eingehend erörtert. Für die hysterische Dyspepsie sei hier nur bemerkt, dafs eine Magenbehandlung bei den leichten Formen nicht selten eine starke auf Suggestion beruhende Heilwirkung hat. Oft versagt aber die Lokalbehandlung, oder sie zeitigt eine Fülle neuer hysterischer Beschwerden. Man wird sie daher nur zögernd und für ganz bestimmte Fälle empfehlen können. Wir sahen mehrfach, dafs durch eine Lokalbehandlung und detaillierte diätetische Verordnungen hysterische Individuen mit Magenbeschwerden sehr herunterkamen. Schliefslich vertrugen sie nur ganz bestimmte und wenige Speisen. — Gelingt es, sich das volle Vertrauen dieser Kranken zu erwerben, so mufs man mit aller Energie darauf dringen, dafs sofort gewöhnliche Kost ohne Rücksicht auf möglicherweise auftretende Magenbeschwerden genossen wird. Nur so wird man imstande sein, das meist sehr reduzierte Körpergewicht zu heben und dem Kranken mit der Besserung des Allgemeinbefindens nach und nach die Überzeugung beizubringen, dafs er gewöhnliche Kost beschwerdelos vertragen kann. Bei Déjérine und Dubois finden sich diesbezügliche genaue Vorschriften, die von glänzenden Heilungen gefolgt waren.

Vierte Unterabteilung:

Dyspepsie bei Zyklothymie.

Bei der Darstellung melancholischer Zustandsbilder seitens der alten Psychiater, welche mehr als es heutzutage geschieht, auf körperliche Begleiterscheinungen der Psychosen geachtet haben, wird man fast nie eine ausführliche Beschreibung gastrointestinaler Störungen vermissen. Ging man doch, wie in dem I. Kapitel ausführlich auseinandergesetzt wurde, manchmal sogar so weit, diese Verdauungsstörungen, die im übrigen denen bei der klassischen Nervösen Dyspepsie geschilderten durchaus gleichen, als Ursache der melancholischen Gemütsstimmung anzusprechen. Mit dieser Auffassung

Digitized by Google

hat erst die moderne Psychiatrie gebrochen. Heutzutage faſst man die dyspeptischen Beschwerden bei Melancholie als Begleitsymptome der Psychose auf, für welche man einstweilen eine plausible Erklärung noch nicht zu geben vermag.

Im Laufe der Jahre ging die früher als selbständige Krankheit beschriebene Melancholie im Manisch-depressiven Irresein auf, mit Ausnahme derjenigen Zustandsbilder, die zu den degenerativen, hysterischen, epileptischen usw. oder zu den Verblödungsprozessen zu rechnen sind. Wir selbst versuchten nachzuweisen, daſs die lange Zeit als selbständige Psychose geltende Kraepelinsche Melancholie des Rückbildungsalters ein Zustandsbild des Manisch-depressiven Irreseins sei, eine Auffassung, die nicht von allen Psychiatern geteilt wird. Welche Anschauung man nun auch hege, im groſsen und ganzen ist die Behauptung wohl gerechtfertigt, daſs wir die Mehrzahl der Fälle, welche die alten Psychiater zur Melancholie rechneten, zum Manisch-depressiven Irresein geschlagen haben.

Es ist das groſse Verdienst Ewald Heckers, als erster in einer kleinen Schrift darauf aufmerksam gemacht zu haben, daſs zahlreiche unter dem Namen der Neurasthenie und Hysterie gehende Krankheitsbilder nichts anderes als abgeschwächte melancholische und manische Phasen des Manisch-depressiven Irreseins sind. Er gab dieser Form den von Kahlbaum empfohlenen Namen „Zyklothymie“. Es ist keine Frage, daſs man mit dieser Erkenntnis für die Beurteilung einer groſsen Anzahl sogenannter „psychopathischer Persönlichkeiten“ einen ganz anderen Standpunkt gewonnen hatte. Für zahlreiche psychische Anomalien gelangte man erst hierdurch zum vollen Verständnis.

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, auf den nachfolgenden Blättern eine eingehende Schilderung der Zyklothymie zu geben. Wir verweisen auf einschlägige Arbeiten von Hecker, Hoche, Wilmanns und Roemheld. Die Kenntnis der Zyklothymie ist in der medizinischen Welt noch nicht sehr verbreitet. Es ist dies sehr zu bedauern, nicht nur weil diese Auffassung krankhafter Gemütszustände neue Perspektiven eröffnet, sondern auch weil nach unserer Erfahrung die Zyklothymie eine recht verbreitete psychische Anomalie ist. Sie wird unendlich häufig zum Schaden der Erkrankten verkannt. Unsere von den bisherigen Ansichten über die Zyklothymie in nicht sehr wesentlichen Punkten abweichende Auffassung möge im nachfolgenden besprochen und einige Grundbegriffe rekapituliert werden.

Das Verständnis der zyklothymen Phasen muſs seinen Ausgangspunkt von der Melancholie und der Manie nehmen. Die depressive

Digitized by Google

zyklothyme Phase ist eine abgeschwächte, aber in ihren Grundzügen noch deutlich erkennbare Melancholie, die manische zyklothyme Phase eine ganz leichte Hypomanie.

Für die rein zyklothyme Depression ist charakteristisch die niedergeschlagene Stimmung, die oft mit Angstgefühlen einhergeht, ferner depressive Vorstellungskreise (Mifsempfindungen, hypochondrische, ängstliche Befürchtungen und pathologisches Reuegefühl, pessimistische Ansichten usw.). Das Hauptcharakteristikum ist aber die psychomotorische Hemmung mit dem Gefühl der Abnahme aller intellektuellen Funktionen, der Erschwerung des Denkens und der Auffassung, der Abnahme der gemütlichen Ansprechbarkeit, der Hemmung des Willens und der Willenshandlungen usw. Die Hemmung kann universell und partiell sein, d. h. sie kann alle ebengenannten Gebiete oder auch nur einzelne ergreifen. Ebenso kann sie nur subjektiv empfunden oder auch noch objektiv feststellbar sein. Die manische Phase der Zyklothymie ist ebenso das Gegenstück der depressiven wie die Manie das der Melancholie ist. Wir finden also bei gehobener Stimmung optimistische Vorstellungskreise, psychomotorische Erregung (Ablenkbarkeit, Gedankenflucht, gesteigerte geistige Regsamkeit usw.).

Halluzinationen und Wahnideen gehen der Zyklothymie ab. Bei den schweren depressiven Phasen finden wir nicht selten Zwangsvorstellungen, ferner kann sich bei diesen Formen der Lebensüberdrufs bis zu Selbstmordgedanken steigern.

Wie nun Kraepelin und Weygandt für das Manisch-depressive Irresein die Analyse der Mischzustände durch Kombination depressiver und manischer Symptome in dem einzelnen Zustandsbilde festgelegt haben, so könnte man dies auch für die Zyklothymie durchführen. Es entstehen dann unendlich komplizierte, aber doch durch genaueste Analyse häufig noch entwirrbare Bilder. Das Eine sei hier übrigens noch bemerkt, dafs ganz reine nur depressive oder nur manische Zeiten ohne Symptome der gegenteiligen Phase bei der Zyklothymie offenbar überhaupt nicht vorkommen.

Was die Ätiologie der zyklothymen Zustände anlangt, so wissen wir recht wenig hierüber. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs seelische Erschütterungen eine Zyklothymie herbeiführen können. Alle die psychischen Traumen, die bei dem einen Individuum eine Hysterie, bei dem anderen eine Neurasthenie zu erzeugen vermögen, sind imstande, bei einem dritten Individuum eine Zyklothymie auszulösen. Dabei spielt gewifs die „Disposition“ eine gewisse Rolle, trotzdem müssen wir aber gestehen, dafs die Zyklothymie nicht zum Ausbruch gekommen wäre, wenn dieses oder jenes tiefgreifende Ereignis nicht vorangegangen wäre. Sehr häufig kommt allerdings

Digitized by Google

die Zyklothymie ganz von selbst, ohne eruirbare Ursache. Wir haben es dann mit einer rein endogenen Krankheit zu tun. Das sind im allgemeinen die schwereren und länger dauernden Formen.

Was den Verlauf der Zyklothymie betrifft, so ging man, ganz wie ursprünglich bei der Beschreibung des Manisch-depressiven Irreseins von den klassischen Formen mit beginnender depressiver oder manischer und daran sich direkt anschliefsender entgegengesetzter Phase aus. Der Dysthymie pflegte die Hyperthymie zu folgen oder umgekehrt. Damit sind die Grenzen für die Zyklothymie zweifellos viel zu eng gezogen, und zahlreiche Zustandsbilder würden unserem Verständnis entgehen, wollten wir uns mit dieser klassischen Verlaufsform begnügen. Es gibt z. B. erhebliche depressive mit darauffolgenden ganz leichten manischen Phasen. Diese letzten können aber auch ganz fehlen. Es gibt Fälle, bei denen es sich um nur 2—3mal im Leben rezidivierende Depressionen handelt, ja vielleicht auch solche, wo nur eine einzige Depression beobachtet wird. Zweifellos überwiegen bei der Zyklothymie ebenso wie beim Manisch-depressiven Irresein die depressiven Anfälle an Zahl und Schwere die der entgegengesetzten Phase erheblich. Wir beobachteten Formen, die andauernd zwischen dys- und hyperthymischer Verfassung schwankten und andere, die lange ganz freie Intervalle hatten. Bezüglich Intensität, Dauer und Schwere der einzelnen Phase, auch im Vergleich zu der entgegengesetzten, gibt es alle nur denkbaren Verschiedenheiten. Wir kennen Kranke, die seit vielen Jahren tagweise schwanken. Den einen Tag sind sie deprimiert, gehemmt, unlustig, pessimistisch, den anderen heiter, wohl aufgelegt, unternehmungslustig. Die betreffenden Kranken kennen ihre „guten", und „schlechten" Tage so genau, dafs sie sich für den schlechten nie etwas vornehmen. Beurteilen wir derartige Schwankungen der Stimmung und Lebensführung als zyklothyme, untersuchen wir die einzelnen Symptome unter solchem Gesichtspunkt, so wird uns für eine Reihe von Sonderlingen das Verständnis kommen.

Was Specht für die Melancholie kürzlich ausführte, kann auf die zyklothyme Depresssion vollinhaltlich übertragen werden. Es handelt sich nach unserer Auffassung um einen aufserordentlich fruchtbaren Gedanken für alle in betracht kommenden Krankheitsbilder, der uns wohl geeignet erscheint, die Meinungsverschiedenheiten der einzelnen Schulen zu verringern: „In der praktisch untrennbaren Verflechtung manischer und melancholischer Bestandteile liegt überhaupt der Schwerpunkt vom Manisch-depressiven Irresein. Die Gegner und zum Teil die Anhänger derselben haben sich viel zu sehr auf das Charakteristikum der Periodizität versteift." Auch

Digitized by Google

nach unserer Meinung kommt es einzig und allein auf genaue Analyse des Zustandsbildes an. Das Auftreten der entgegengesetzten Phase, die Periodizität, das Rezidivieren, sind gewifs wichtige Dinge, für das Zustandsbild aber vollständig irrelevant. Ohne Kenntnis der Vorgeschichte (d. h. wenn schon mehrere eigenartige Anfälle vorausgegangen sind) wird man bei der Zyklothymie nie einigermafsen vorhersagen können, was folgen wird. Wir können nach dem heutigen Stande unseres Wissens niemals etwas Sicheres aussagen über die Dauer, die Periodizität, und die Rezidivmöglichkeit des einzelnen Anfalls.

Es gibt wohl kaum eine Psychoneurose, die so wenig fest umrissene Grenzen hat, wie die Zyklothymie. Ebenso charakteristisch und eindeutig wie die klaren Fälle, ebenso verschwommen können die unklaren Krankheitsbilder sein. Und zweifellos begegnen wir mit unseren heutigen Untersuchungsmethoden in einer Reihe von Fällen unüberwindbaren diagnostischen Schwierigkeiten, wenn wir die Zyklothymie von der Psychopathie abtrennen wollen. Auf die genaue Differentialdiagnose gehen wir später ein. Hier sei nur soviel gesagt, dafs es fliefsende Übergänge zu den mehr oder weniger motivierbaren Stimmungsschwankungen der Psychopathen gibt, ebenso wie wir nach der anderen Seite die schweren Formen der Zyklothymie auch als leichte des Manisch-depressiven Irreseins ansprechen können.

Es besteht für uns kein Zweifel, dafs die genaue Kenntnis der Zyklothymie den Schlüssel für das Verständnis mancher Formen Nervöser Dyspepsie geben kann. Schon bei der seitens der meisten Autoren recht verschwommenen Schilderung der psychischen Seite der Nervösen Dyspepsie wird dem Kundigen auffallen, dafs häufig verkannte zyklothyme Depressionen unbewufst als Vorbild der Darstellung gedient hatten. Die starke Ausprägung psychomotorischer Hemmung, aufserordentliche Angstgefühle, Selbstmorde aus Angst usw. — alles Symptome, wie sie manchmal bei der Nervösen Dyspepsie nach der Schilderung der Autoren vorkommen sollen — lassen keinen Zweifel darüber, dafs die beobachtete Psychoneurose nicht richtig gedeutet wurde. In der Literatur finden sich nur wenige Krankengeschichten über Nervöse Dyspepsie, und wenn wirklich einmal solche veröffentlicht worden sind, dann wurde soviel Wert auf die körperlichen Störungen gelegt, dafs die psychischen zu kurz kamen. So läfst sich auch bei einer nachträglichen kritischen Durchsicht vom Standpunkt des Psychiaters nur selten eine begründete Diagnose stellen.

Burkart (1882) teilt 5 Krankengeschichten zur Begründung der Lehre von der „Neurasthenia gastrica“ mit. Bei Fall 3 (Neu-

Digitized by Google

rasthenia cerebralis-gastrica), bei Fall 4 und 5 (Neurasthenia cerebrospinalis gastrica) handelt es sich fraglos um zyklothyme Depressionen mit Magenstörungen. Bei dem einen Fall (4) gingen ähnliche Anfälle schon mehrfach voraus, die jedesmal heilten, bis von Burkart eine typische zyklothyme Depression beobachtet wurde. Ebenso werden bei Beschreibung der beiden anderen Fälle klassische zyklothyme Zustände geschildert.

Auch Hillenbrand schwebten, wie man aus seiner Schilderung der Nervösen Dyspepsie deutlich ersieht, zum Teil wenigstens Zyklothymien vor.

Dafs verkannte Zyklothymien vielfach als Unterlage für die Darstellung der Nervösen Dyspepsie dienten, geht auch schon aus der üblichen Schilderung des Verlaufs hervor. Zahlreiche Autoren berichten, dafs sie bei manchen schweren Fällen Nervöser Dyspepsie „ganz überraschende" Heilungen gesehen haben. Solche Kranke wurden ohne Zutun des Arztes von einem Tag zum andern gesund. Wurde da nicht in zahlreichen Fällen der plötzliche Übergang von der depressiven in die manische Phase beobachtet, wie wir ihn bei der Zyklothymie immer wieder erleben? Sollten ferner nicht die periodischen Nervösen Dyspepsien periodische Zyklothymien sein? Es wird berichtet, dafs ebenso wie manche schwere Formen schnell heilen, manche anscheinend leichte immer schwerer werden und lange dauern. Sollte es sich da nicht auch gar manchesmal um eine Zyklothymie handeln? Wir sahen in der Medizinischen Klinik Kranke, bei welchen die Depression und die Magenbeschwerden jahrelang bestanden. Einer unserer Kranken, ein ganz typisch Zyklothymer, war seit 10 Jahren deprimiert und hatte fast ebensolang seine „nervösen" Magenbeschwerden.

Vor der Auffassung Alts kann hier nochmals nicht dringend genug gewarnt werden, dafs man nämlich die Verstimmung, die Angst, den Lebensüberdrufs, ja den Selbstmord bei Nervösdyspeptischen als „natürliche Folgen" der Magenbeschwerden ansieht (s. Kapitel I).

Wie oft sich hinter der Nervösen Dyspepsie eine zyklothyme Depression mit Magenbeschwerden verbirgt, vermögen wir natürlich nicht zu sagen. Wir fanden bei den Kranken der Medizinischen Klinik in mehr als ein Drittel aller beobachteten einschlägigen Fälle eine Zyklothymie als Ursache der Magenbeschwerden. Es handelte sich stets um die depressive Phase. Bei den meisten Kranken standen die Magenbeschwerden ganz im Vordergrund, von anderen wurden die psychischen Veränderungen ebenso unangenehm empfunden wie die körperlichen Beschwerden.

Wegen der grofsen Wichtigkeit, welche nach unserem Dafür-

Digitized by Google

halten der Zyklothymie bei der Lehre von der Nervösen Dyspepsie zukommt, und weil ferner erfahrungsgemäfs gerade diese Zustände am häufigsten nicht richtig gedeutet werden, lassen wir eine gröfsere Anzahl einschlägiger Krankengeschichten folgen. Sie werden besser die Krankheitsbilder klarlegen als ein Aufzählen von verschiedenartigen bald mehr, bald weniger in den Vordergrund tretenden Symptomen.

Fall 6.

Zyklothymie mit Magenbeschwerden. Mehrere Anfälle, zum Teil psychisch ausgelöst.

32jähriger Maurer, der im 18. Lebensjahre eine heftige Gemütserschütterung erlitt, indem ein Arbeiter, der neben ihm auf einem Bau stand, von einem herabfallenden Stein erschlagen wurde. Von dieser Stunde an war Pat. für 11 Monate magenleidend, er mufste öfters erbrechen, war völlig appetitlos und hatte an einer Stelle unterhalb des processus xiphoideus Magendruck nach der Nahrungsaufnahme. Damals war er verstimmt, ähnlich wie jetzt, weinte viel und fühlte sich „so schwach", dafs er nicht arbeiten konnte. Selbstmordgedanken traten damals angeblich nicht auf. Nach und nach verloren sich die Magenbeschwerden und die Stimmung heiterte sich auf.

Mit 25 Jahren ohne äusere Veranlassung der gleiche Zustand, der ein Vierteljahr lang dauerte. Der Kranke sah damals so schlecht aus, dafs man allgemein glaubte, er litte an Schwindsucht. Nach $^1/_2$ Jahr war er wieder gesund. Mit 27 Jahren kam der dritte gleichartige Anfall ohne äufsere Ursache, und dauerte 2—3 Wochen. — Vor 4 Jahren sprang dem Kranken ein Blutgefäfs unterhalb des Halses, darüber regte er sich so auf, dafs er wieder magenleidend (der Arzt stellte damals zu wenig Magensäure fest) und leicht melancholisch wurde. Dauer: 6 Wochen. Der 5. jetzt zur Beobachtung gelangende Anfall kam im Sommer 1905 ohne irgendwelche Veranlassung. Die Melancholie und die Magenbeschwerden sollen gleichzeitig aufgetreten sein. Patient hat das Gefühl des Aufgeblähtseins, er leidet unter ständigem Druck an der pars pylorica des Magens: nur anfangs kam Erbrechen und Abweichen. Jetzt besteht Sodbrennen, Gefühl der Völle, saures Aufstofsen, bei meist gutem Appetit und regelmäfsigem Stuhl. Das Druckgefühl ist auch bei nüchternem Magen nicht ganz verschwunden, nach der Nahrungsaufnahme aber stärker. Öfters „Zucken" im Magen. Jeder Schreck fährt Patient in den Magen, dafs es ihm dort „ganz warm" wird. Seit 1905 ist nun der Kranke sehr niedergeschlagen, empfindlich, zornig, leicht erregt. Über seinen früher nicht beobachteten Jähzorn macht er sich nachhaltige Vorwürfe. Es besteht ein ausgesprochenes Insufficienzgefühl, das sich in Klagen über Gedächtnisabnahme, Entschlufsunfähigkeit (war zweimal aufgeboten und hat sich nie zur Heirat entschliefsen können) Denkunfähigkeit usw. äufsert. Nachts kommen manchmal ganz aufserordentlich heftige Angstgefühle. Bei dem jetzigen Anfall traten zum erstenmal sehr impulsive Selbstmordgedanken auf: nur dem Versagen seines Revolvers verdankt Patient sein Leben. In diese Depression schieben sich ausgesprochene Schwankungen der Stimmung nach der hypomanischen Seite, die aber immer nur kurz dauern. Die Arbeitsfähigkeit ist wechselnd. Patient geht viel in Gesellschaft um sich abzulenken. Es ist ihm öfters vorgekommen, dafs er aus heiterem Himmel weinen mufs. Er leidet sehr unter seiner Schlaflosigkeit. Wenn er nachts Schlaf suchend im Bett liegt, hat er

Digitized by Google

zuweilen eigentümliche Visionen, er sieht dann Totenköpfe und allerhand schreckhafte Szenen. In der Nacht kommt es ihm hie und da vor, dafs er seine Gedanken deutlich nachsprechen hört. Er ist sich des Krankhaften seines Zustandes wohl bewufst und leidet sehr unter seiner ihm hoffnungslos scheinenden Krankheit. Über Hypomanien ist nichts Sicheres zu erfahren. Immerhin scheint aus den Erzählungen hervorzugehen, dafs er zeitenweise „aufserordentlich aufgeräumt und lebenssprühend" gewesen ist.

Objektiv fand sich bei normaler Lage und Motilität des Magens eine ausgesprochene Hyperchlorhydrie (nach Probefrühstück freie Salzsäure 60, Gesamtacidität 90, nach Probemahlzeit freie Salzsäure 46 Gesamtacidität 103.)

Während des 9tägigen Klinikaufenthaltes klagte der Kranke sehr über das Gefühl der Völle und des Aufgeblähtseins im Magen. Er wurde psychisch unverändert entlassen. Leider konnten wir später nichts mehr über ihn erfahren.

Wir haben hier einen typischen Fall periodisch wiederkehrender, teils mit, teils ohne äufsere Veranlassung auftretender Depressionen. Ob der erste Anfall im 18. Lebensjahr eine psychische oder zyklothyme Dyspepsie gewesen ist, läfst sich nachträglich natürlich nicht mit Sicherheit entscheiden. Wahrscheinlich erscheint nach dem ganzen Verlauf die letzte Annahme. Auffallend ist die lange Dauer des ersten Anfalls im Vergleich zu der relativ kurzdauernden 2. und 3. „endogenen" Attacke. Die letzte (5.) stellte sich als eine recht schwere Depression dar, von ungewöhnlich langer Dauer (mindestens $2^1/_2$ Jahre). Was die psychische Seite des in der Klinik beobachteten Anfalls anlangt, so haben wir zahlreiche Symptome der Zyklothymie: deprimierte Stimmung, Angstgefühle, Erregbarkeit, Selbstvorwürfe, Selbstmordgedanken, psychomotorische Hemmung, Weinanfälle, Schwankungen der Stimmung nach der hypomanischen Seite, Hoffnungslosigkeit, Gefühl intensiver Veränderung etc. Die hypnagogen Visionen und das Gedankenlautwerden sind allerdings für eine Zyklothymie fast schon zu weitgehend. Analysieren wir das Zustandsbild, so haben wir in der Empfindlichkeit und den Zornanfällen typisch manische Komponenten. Was das Auftreten hypomanischer Zustände bei unserem Kranken anlangt, so sind wir hier, wie so oft, nur auf Vermutungen angewiesen. Das hat meistens zwei Gründe. Erstens treten die manischen Phasen meist nicht so intensiv in Erscheinung wie die depressiven, ferner geht den Patienten aufserordentlich häufig das Verständnis für das Pathologische dieser Zustände ab. Es geht den Kranken wie manchen Psychiatern, die geneigt sind, die Hyperthymie als „gesunde Reaktion" auf die Dysthymie anzusehen.

Unser Kranker klagte fast nur über seine Magenbeschwerden und hatte vor der Aufnahme in die Klinik schon verschiedene Magenärzte konsultiert. Wenn die Hyperchlorhydrie sie nicht zu einer anderen Magendiagnose (z. B. Ulcus) verleitete, so würden die Beschwerden zweifellos Veranlassung gegeben haben, den Kranken

Digitized by Google

zur Gruppe der Nervösdyspeptischen zu rechnen. Auf Grund der Anamnese charakteristisch für die nicht organische Magenerkrankung scheinen uns auch bis zu einem gewissen Grade die paradoxen Klagen über „Zucken" im Magen sowie die Angabe, dafs der Kranke jeden Schrecken dort spürt. Gerade derartige etwas sonderbare Aussprüche weisen oft darauf hin, dafs es sich nicht um eine Magenerkrankung handeln kann. Bei Ulcus oder Carcinoma ventriculi begegneten wir nie solchen paradoxen Aussprüchen. Bemerkenswert ist bei unserem Kranken die Hyperchlorhydrie, zumal, da nach seinen glaubwürdigen Angaben bei dem vorhergehenden Anfall eine Hypochlorhydrie beobachtet worden sein soll. Auf die Sekretionsverhältnisse des Magens, ebenso auf die Motilitäts- und Lageanomalien, die wir bei den zyklothymen Depressionen beobachten konnten, werden wir zum Schlufs unter Berücksichtigung aller unserer Beobachtungen zu sprechen kommen.

Fall 7.

Zyklothymie mit Magenbeschwerden. Mehrere Anfälle.

Der 37jährige Handlungsgehilfe war in seinem 21. Lebensjahr infolge einer „unglücklichen Liebe" lange Zeit verstimmt. Damals will er sich viele Vorwürfe wegen Masturbation in früher Jugend gemacht haben. Unter Magenbeschwerden litt der Kranke damals nicht. Näheres ist über diese Zeit nicht zu erfahren. Im 31. Lebensjahr traten nach geschäftlichen Erregungen, die den Patienten monatelang beschäftigten, eine Verstimmung mit Magenbeschwerden auf. Der Kranke war niedergeschlagen und aufgeregt, sehr reizbar, empfindlich, sah sehr schwarz in die Zukunft und hatte ausgesprochene Insufficienzgefühle. Das Denken, Arbeiten und Entschliefsen fiel ihm schwer. Seine Auffassung war herabgesetzt. Er litt damals viel unter Magendruck und Aufstofsen. Ohne irgendwelche therapeutische Mafsnahmen besserte sich dieser Zustand. Nach einem Jahr war der Kranke ganz gesund. Im Jahre 1903 litt Patient mehrere Wochen an Verdauungsstörungen ohne erhebliche gemütliche Veränderung. 1904 trat der gleiche Zustand mit leichter Melancholie auf. Der Kranke sorgte sich, dafs er mit seinen Arbeiten nicht fertig werden könne und war wiederum sehr reizbar, empfindlich und niedergeschlagen. Eine auslösende Ursache hierfür ist ihm nicht bekannt. Dauer: 3—4 Monate.

1905 im Sommer der gleiche Zustand. Seit 1906 sind wieder Magenbeschwerden aufgetreten. Patient hatte öfters Erbrechen, besonders nach Fleischgenufs. Der Stuhlgang war meist regelmäfsig. Es bestand ein unbestimmtes Druckgefühl im Magen. Der Appetit war wechselnd. Häufiges Aufstofsen. Mit diesen vagen Verdauungsbeschwerden änderte sich ohne äufsere Veranlassung die Stimmung. Der Kranke wurde schwermütig, hatte keine Lebensfreude mehr, litt unter häufigen Angstgefühlen, die meist unbestimmter Natur waren. Eine Abnahme des Denkvermögens, der Entschlufsfähigkeit, ein Gefühl der Leistungsunfähigkeit bedrückten ihn sehr, und vertieften die Verstimmung. Es bestand eine ausgesprochene Bettsucht, Patient fühlte sich immer müde und abgeschlagen. Seine Lage erscheint ihm hoffnungslos. Oft ist er des Lebens überdrüssig. Zu Zeiten bemächtigt sich seiner eine ausgesprochene Gedankenflucht. („Vor lauter Denken komme ich dann nicht zum Denken.") Der Kranke

Digitized by Google

ist sich der schwerwiegenden psychischen Veränderung, die auch seiner Umgebung nicht entgangen ist, durchaus bewufst. In letzter Zeit mehrten sich die Magenbeschwerden, er hat das Gefühl des „Brennens an allen Magenwänden". Ein von Essen und Trinken unabhängiger Druck im ganzen Magen belästigt ihn sehr, ebenso ein pappiger Geschmack im Munde. Der Stuhl ist regelmäfsig.

Objektiv fand sich eine deutliche Gastroptose (die grofse Curvatur reicht bis zwei Finger breit unterhalb des Nabels). Keine vermehrte Schleimsekretion, Motilität gut. Nach Probefrühstück freie Salzsäure 11, Gesamtacidität 26, ein anderes Mal Gesamtacidität 40 bei fehlender freier Salzsäure. Keine Milchsäure. Mikroskopischer Befund normal.

Der Kranke verliefs nach wenigen Tagen unverändert die Klinik.

Charakteristisch ist folgender schriftliche Krankheitsbericht: „Mehr oder weniger Schwächegefühl im Magen, vor und nach Herausholung des Probefrühstücks. Die Magenverstimmung wirkt bedrückend aufs Gemüt, ich habe ausgesprochene Neigung resp. ein erhebliches Bedürfnis nach körperlicher und geistiger Ruhe, im Gegensatz zu früher, wo eine gewisse Arbeitslust vorhanden war. Kein Verlangen nach der früher häufig geübten Lektüre, überhaupt Widerwillen gegen geistige Arbeit. Unzusammenhängendes und oft ungereimtes Denken. Die hartnäckig anhaltende Körper- und Magenschwäche betrachte ich als Hauptgrund meiner Niedergeschlagenheit."

Dieser Fall ist dem vorhergehenden recht ähnlich. Auch hier haben wir in früher Jugendzeit eine nachhaltige psychische Verstimmung, die ebensogut eine „psychopathische Reaktion" wie eine leichte zyklothyme Depression gewesen sein kann. Auch der zweite Anfall war psychisch ausgelöst. Charakteristisch für derartige Zustände ist, dafs die Depression und die Magenbeschwerden ohne irgendwelche Mafsnahmen abklingen, oft sehr langsam, oft aber auch recht schnell. Ob im Jahre 1903 die Verdauungsstörungen organischer Natur, oder wie 1904 Begleiterscheinungen einer leichten Melancholie waren, liefs sich nachträglich nicht sicher feststellen. Auch hier sehen wir aber, wie so oft, dafs die Anfälle in immer kürzeren Zwischenräumen auftraten. Seit 1904 kehrten sie jedes Jahr wieder, bis endlich die von uns beobachtete Depression recht lange, zum mindesten ein Jahr, dauerte. Wir konnten leider über das fernere Schicksal des Kranken nichts mehr erfahren.

Bei dem letzten Anfall begegnen wir dem in der depressiven Phase so häufigen Symptom der Bettsucht. Ohne irgendwelche Ursache fühlen sich die Patienten zerschlagen und müde und haben nur immer die Sehnsucht, zu liegen (cf. Fall 4). Sehr schön spiegelt der von dem Kranken selbst verfafste schriftliche Krankheitsbericht die Gemütsverfassung wieder. Wie so oft begegnen wir hier der Auffassung, dafs die Verstimmung einzig und allein die Folge der Magenstörung sei. Bei unserem Kranken finden wir neben den Zeichen intellektueller Hemmung auch ein solches der Erregung, wir meinen die Gedankenflucht, ein manisches

Digitized by Google

Symptom, das wir in der Depression gar nicht so selten antreffen: während manche Kranke über eine sie sehr quälende Hemmung in ihren Gedanken klagen, berichten andere über fast zwangsmäfsiges Gedankenjagen.

Bemerkenswert ist beim objektiven Befund, abgesehen von der Gastroptose, die wechselnde Säuresekretion auf den gleichen Reiz und unter den gleichen Bedingungen. Gerade dieses Moment soll ja auch ein Charakteristikum der Nervösen Dyspepsie sein.

Fall 8.

Zyklothymie mit Magenbeschwerden. Mehrere Anfälle.

24jähriges Dienstmädchen, das in seiner Jugend bleichsüchtig war und „eigen" gewesen sein soll. Im Jahre 1902 trat ohne irgend welchen Grund eine leichte Melancholie auf, die ähnlich gewesen sein soll, wie die jetzige Verstimmung. Die Kranke mufste viel weinen, vermochte nicht mehr zu arbeiten und fühlte sich leicht gehemmt. Gleichzeitig entwickelten sich Magenbeschwerden mit Appetitlosigkeit und Magendruck, der unabhängig von der Nahrungsaufnahme war. Dieser Zustand dauerte ungefähr ein Jahr. Ohne dafs die Kranke etwas für ihre Gesundheit getan hätte, besserte sich die Stimmung zusehends. Die Magenbeschwerden verschwanden. Es ist ungewifs, ob sich damals ein leicht hypomanischer Zustand angeschlossen hat. Die diesbezüglichen Angaben der Kranken sind nicht mit Sicherheit zu verwerten.

1905 entwickelte sich aufs neue ohne irgendwelche Veranlassung eine Depression. Patientin mufste viel weinen, war sehr erregt, vergefslich, zerstreut, fühlte sich aufserordentlich müde, so dafs sie tagelang zu Bett lag. Auch diesmal traten wiederum Magenstörungen auf. Nach einem halben Jahr wich diese leichte Melancholie einer normalen Verfassung, bis im Frühjahr 1906 abermals ohne äufsere Ursache der gleiche Zustand wieder über sie kam. Sie fühlte sich müde, vermochte ihre Gedanken nicht zusammenzubringen, hatte an nichts mehr Freude, wurde sehr empfindlich für Geräusche, leicht aufgeregt, weinte leicht, hatte aber keine ausgesprochenen Selbstmordgedanken. Musik regte sie im Gegensatz zu früher auf, sie ging ihr aus dem Wege, weil sie sonst weinen mufste. Auch die Magenbeschwerden sind mit der Verstimmung wiedergekehrt. Die Schmerzen treten immer unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme auf und dauern mehrere Stunden. Patientin hat viel Aufstofsen, leidet an Appetitlosigkeit, und klagt über ein „dumpfes Gefühl" im Magen. Der Stuhlgang ist regelmäfsig. Objektiv fand sich eine geringgradige Gastroptose (die grofse Curvatur reicht bis fingerbreit unter den Nabel), normale Motilität und eine geringe Verminderung der freien Salzsäure. (Nach Probefrühstück freie Salzsäure 8, resp. 5, Gesamtacidität 34 resp. 38. Nach Probemahlzeit freie Salzsäure 6, Gesamtacidität 92.) Während des einmonatlichen Aufenthaltes in der Klinik verschwanden bei gewöhnlicher Kost die Beschwerden des Magens zeitweise, um an anderen Tagen verstärkt aufzutreten. Dauernd bestand eine leichte Depression ohne objektiv nachweisbare Hemmung. Wir vermochten deutliche Stimmungsschwankungen zu beobachten: Manchmal war die Kranke für wenige Stunden heiter, aufgeräumt und hatte einen wohl erkennbaren Betätigungsdrang. Die Magenbeschwerden hatten mit dem Stimmungswechsel nichts zu tun. Ein halbes Jahr nach dem Verlassen der Klinik hatte sich das Befinden der Kranken nicht wesentlich geändert.

Digitized by Google

Auch hier haben wir es wieder mit mehreren depressiven Anfällen zu tun, ohne daſs wir längerdauernde hypomanische Zeiten mit Sicherheit feststellen könnten.

Die von uns beobachteten sehr augenfälligen Schwankungen der Stimmung darf man wohl als ganz kurze manische, sich in die depressive Phase einschiebende ansprechen. Der Wechsel der Stimmung ohne irgendwelche Veranlassung war jedesmal ein ganz eklatanter.

Wir begegnen hier zum ersten Mal depressiven Phasen, die jedesmal rein endogen auftreten. Auch hier ist der letzte Anfall der längste (Dauer mindestens $1^1/_2$ Jahre). Instruktiv ist, wie auch hier Depression und Magenbeschwerden innig miteinander verbunden sind, zugleich kommen und zugleich wieder gehen. Natürlich haben die kurzdauernden Schwankungen keinen Einfluſs auf die körperlichen Miſsempfindungen.

Fall 9.

Zyklothymie mit Magenbeschwerden. Zwei Anfälle.

Der 39-jährige Goldarbeiter war völlig gesund bis zu seinem 21. Jahre. Damals entwickelte sich ohne irgendwelche Ursache eine langsam einsetzende, ungefähr 2 Jahre dauernde leichte Melancholie, die mit Angstgefühlen und starker psychomotorischer Hemmung einherging. Ob damals körperliche, insbesondere Magenstörungen aufgetreten sind, vermag Patient nicht mehr anzugeben. Er weiſs nur noch, daſs sein Gemütszustand ein ähnlicher war wie jetzt, wenn die Verstimmung auch nicht so intensiv war. Über sichere Hypomanien oder abortive Depressionen in der Folgezeit war nichts zu erfahren. Vor ca. 3 Jahren entwickelte sich das jetzt noch bestehende Magenleiden. Der Kranke litt unter Magendruck, der unabhängig von der Nahrungsaufnahme war, er hatte wenig Aufstoſsen, hie und da Erbrechen schleimiger Massen. Der Magendruck war hauptsächlich an einer Stelle unterhalb des Processus xiphoideus lokalisiert. Dort hatte der Kranke das Gefühl ausgesprochenen Wundseins. Der Stuhlgang war angehalten, der Appetit launisch. Diese Beschwerden wechselten etwas an Intensität, verschwanden aber nie völlig, und bestanden auch noch zur Zeit der Aufnahme in die Klinik. Wenige Wochen nach dem Beginn des Magenleidens soll die jetzt noch bestehende Verstimmung eingesetzt haben. Der Kranke war niedergeschlagen, leicht aufgeregt, hatte keine Freude mehr am Arbeiten, fühlte sich auſserordentlich müde, schwer und so zerschlagen, daſs er oft tagelang im Bett blieb. Das Denkvermögen lieſs nach, er vermochte sich kaum zu einem Entschluſs aufzuraffen. Die Auffassung war erschwert. Im Gegensatz zu früher ging er wenig unter Menschen, war sehr leicht erregbar und zornig. Schwankungen der Stimmung sind nicht aufgetreten, ebensowenig Angstgefühle oder Selbstmordgedanken. Seit $^1/_2$ Jahr nimmt die Verstimmung an Intensität ab. Gleichzeitig besserten sich die Beschwerden von seiten des Magens. Ohne daſs Patient etwas für seine Gesundheit getan hätte, vermag er seine Arbeit besser zu meistern. Auch die Hemmung hat etwas nachgelassen. Er ist lustiger und lebensfreudiger als zuvor. Das Denken geht besser, das Gedächtnis hat sich „gestärkt“ usw.

Objektiv fand sich bei dem leicht deprimierten Kranken eine geringe

Digitized by Google

Druckempfindlichkeit im Epigastrium, normale Sekretionsverhältnisse bei guter Motilität und normaler Lage des Magens. (Nach Probefrühstück, freie Salzsäure 10, Gesamtacidität 34.) Nach zehntägiger Behandlung wurde Patient nicht wesentlich verändert entlassen.

7 Monate später schrieb er uns, dafs das Magenleiden sich völlig verloren habe. „Die Gemütsstimmung ist auch viel besser als zuvor. Ich bin viel heiterer und lustiger als vorher, nur hie und da habe ich noch einen Tag, wo ich nicht besonders gut aufgelegt bin. Ich hoffe aber, dafs sich die Nerven auch bald wieder gut erholen."

Dieser Kranke hatte im ganzen bis jetzt nur zwei, jedesmal aber mehrere Jahre währende Anfälle, von welchen nur der letzte mit Magenbeschwerden einherging. Wir begegnen hier zum erstenmal der Angabe, dafs die Magenbeschwerden der Depression längere Zeit vorausgingen. Ob dies ganz den Tatsachen entspricht, entzieht sich unserer Kenntnis. Sehr häufig werden die leichten Verstimmungen retrospektiv, speziell im Vergleich zu der bestehenden, noch nicht als krankhaft anerkannt. Es erscheint keineswegs ausgeschlossen, dafs eine depressive Phase einmal durch Magenbeschwerden eingeleitet wird, andererseits mufs aber betont werden, dafs das nach unseren Erfahrungen selten ist. Meist ist es so, dafs die Verstimmung den Magenbeschwerden — oft lange Zeit — vorangeht. — Wir sahen den Kranken zu einer Zeit, als die Depression schon im Abklingen war, das zeigte sich deutlich an der weniger intensiv werdenden Hemmung. Tatsächlich war unser Patient wenige Monate später fast ganz wiederhergestellt. Von ihm hörten wir, wie auch sonst oft, dafs in der Zeit deutlicher Besserung Schwankungen in der Stimmung (keineswegs immer nach der hypomanischen Seite) anfangen: Tage mit normaler Gemütsverfassung schieben sich in solche mit leichter Depression ein. Sehr interessant ist, dafs die Magenbeschwerden ohne irgendwelche Therapie noch vor dem Ende der Verstimmung verschwunden waren.

Fall 10.

Zyklothymie mit Magenstörungen. Erster Anfall.

Der 39jährige Goldschmied war von jeher ein ängstlicher, leicht zu Verstimmungen neigender, etwas sonderbarer Mensch. Er war nie ernstlich krank, bis Weihnachten 1906. Damals begannen die jetzt noch bestehenden Magenschmerzen mit Druck in der Magengegend, der nur manchmal von der Nahrungsaufnahme verstärkt wurde. Patient hatte ein Gefühl der Völle im Magen, verbunden mit Empfindungen von Drücken und Spannen, ferner saures Aufstofsen, hie und da Sodbrennen, niemals Erbrechen. Die Magenbeschwerden steigerten sich nach Erregungen und hörten auf, wenn der Kranke ganz von seiner Arbeit in Anspruch genommen war. Öfters Globusgefühl. Diese Beschwerden bestanden ziemlich unverändert fort bis 1908. Diätetische Mafsnahmen brachten keinerlei

Digitized by Google

Linderung, auch war der Unterschied in den Beschwerden ob schwer oder leicht verdauliche Speisen genossen wurden nicht sehr grofs. Der Stuhl war regelmäfsig.

Nachzutragen wäre noch, dafs der Kranke zwei geisteskranke Schwestern hat, von welchen die eine wieder gesund geworden sein soll. Psychisch war er selbst immer gesund bis vor ca. 3 Jahren. Damals, also ungefähr $1^1/_2$ Jahre vor Beginn der Magenbeschwerden, wurde er ohne irgendwelche Veranlassung verstimmt. Eine innere Unruhe und Angstgefühle bemächtigten sich seiner. Er begann schlecht zu schlafen und schreckhaft zu träumen, so dafs er oft nachts laut aufschrie. Bisher kam es noch nie zu ausgesprochenen Selbstvorwürfen, doch bestand entschieden ein pathologisches Reuegefühl. Er wurde sehr empfindlich, reizbar und jähzornig. Das Leben dünkte ihn oft eine Last und nur der Gedanke an seine Familie hielt ihn vom Selbstmord zurück. Partielle psychomotorische Hemmung: das Arbeiten geht gut, kein Gefühl der Gleichgültigkeit oder inneren Verödung, dahingegen Klagen über Gedächtnisabnahme und Entschlufsunfähigkeit. Das Denkvermögen ist oft im Sinne einer Hemmung beeinträchtigt, gar nicht selten aber leidet Patient auch unter einer ausgesprochenen Gedankenflucht. Während er schon in gesunden Tagen wenig ausging, ist er jetzt leutescheu geworden und hat sich ganz vom Verkehr zurückgezogen. Geht er jedoch einmal aus, so beeinflufst angenehme Gesellschaft sowohl die Verstimmung wie die Magenbeschwerden in günstiger Weise. Seine Frau bemerkte die psychische Veränderung und leidet sehr unter ihr. Fremden gegenüber vermag der Kranke sich jedoch sehr wohl zusammenzunehmen. In der letzten Zeit hat er oft sein Leiden für hoffnungslos gehalten. Er beschäftigt sich lebhaft mit seinen Beschwerden, beobachtet sich sehr genau und knüpft eine Fülle hypochondrischer Vorstellungen daran. Bald meint er, ein Magenkrebs werde seinem Leben schnell ein Ziel setzen oder er habe eine innerliche Entzündung, welche grofse Dimensionen annehmen werde. Sehr deutlich spiegeln sich diese Ideen in Aufzeichnungen wieder, die sich in seinem Notizbuch gefunden haben: „Mein Magen verdaut immer schlecht, ich habe schon beobachtet, dafs manche Speisen, so wie ich sie gegessen habe wieder fortgegangen sind. Ich hatte öfters furchtbare Schmerzen in der oberen Magengrube. Ich glaube, die Speisen bleiben zu lange in mir liegen, es entwickeln sich dann Gase, die in die obere Magenhöhle ziehen und mir furchtbare Schmerzen bereiten. Sobald der Magen klopft und schafft, dann gehen die Schmerzen nach und nach weg, ich bekomme wieder Appetit, aber nach 14 Tagen ist dann wieder alles beim alten. Ich glaube, dafs sich etwas Unverdauliches im Magen befindet, das den Magen immer schlecht macht. Ich habe viele Aufblähungen, es war mir immer so eklig, als kämen die Winde zum Hals heraus. Der Stuhlgang war ganz scheckig und ich wufste doch genau, dafs ich nichts Ähnliches gegessen hatte," usw.

Bemerkenswert ist dabei, dafs der Kranke uns gegenüber bei Erhebung der Anamnese derartige hypochondrische Ideen durchaus in Abrede gestellt hatte. Als psychische Veränderung wäre noch zu erwähnen, dafs Patient sich oft, wie er selbst zugibt, unbegründete Sorgen macht. Auch bei diesen Kranken finden wir wieder ausgesprochene Stimmungsschwankungen nach der hypomanischen Seite teils mit teils ohne Zurücktreten der Magenerscheinungen.

Objektiv erscheint Patient leicht deprimiert und sorgenvoll. Seine Verstimmung versucht er anfangs mit seinen körperlichen Beschwerden zu erklären. Es besteht eine mäfsige Druckempfindlichkeit der Magengegend. Der Magen ist in normaler Lage. Sekretion normal (nach Probefrühstück freie Salzsäure 11, Gesamtacidität 33; nach Probemahlzeit freie Salzsäure 30, Gesamtacidität 80). Mehrfach beobachteten wir eine Hypermotilität, indem der

Digitized by Google

Magen nach den üblichen Ausheberungszeiten leer gefunden wurde. Bei Bettruhe, prolongierten warmen Bädern und gewöhnlicher Kost besserte sich der Zustand etwas. Nach kleinen Bromdosen wurden die Symptome der inneren Erregung geringer und das Körpergewicht stieg. Nach 4 wöchentlicher Krankenhausbehandlung war die Verstimmung noch ebenso intensiv, die Bettsucht ebenso grofs und die psychischen Zeichen mit Ausnahme der oben erwähnten nicht geändert, während die Beschwerden von seiten des Magens etwas nachgelassen hatten. Nach 6 Wochen waren die Magenbeschwerden nahezu völlig verschwunden, die Depression aber nicht wesentlich geändert. Einen entschieden günstigen Einfluſs übte auf den Kranken die Aussprache über seine Gemütsveränderung, die er selbst sehr intensiv empfindet.

4 Wochen nach dem Verlassen der Klinik teilte uns der Kranke mit, daſs er die Arbeit wieder aufgenommen habe. Psychisch war er nicht verändert; die Magenbeschwerden hatten völlig aufgehört.

Fall 10 zeigte sich uns in seiner ersten Depression. Das Bild ist aber so charakteristisch, daſs die Diagnose der Zyklothymie mit Sicherheit zu stellen ist. Die Verstimmung geht den Magenbeschwerden lange voraus. Der etwas unvollkommenen Anamnese nach scheint unser Kranker von jeher psychopathisch gewesen zu sein, bis die recht erhebliche Depression einsetzte. Wir begegnen hier genaueren Angaben über Störungen des Schlafes. Der Kranke berichtete uns, daſs er sehr lebhaft und ängstlich träumt, was ihm, im Gegensatz zu früheren Zeiten aufgefallen ist. Wir hören derartiges nicht selten. Es will uns scheinen, als ob die im Wachen „gezügelte“ Angst im Träumen schrankenlos walten könne. Als Vorstufe der Selbstvorwürfe dürfen wir wohl das in den depressiven Phasen auftretende dem inneren Wesen sonst fremde Reuegefühl ansprechen. Als beachtenswerter Faktor kommt vielleicht noch die Entschluſsunfähigkeit dazu, um dieses Symptom zu zeitigen.

Sehr häufig ist, wie wir auseinandergesetzt haben, die psychomotorische Hemmung keine universelle, sondern eine partielle, d. h. einzelne intellektuelle Funktionen, einzelne Willensbetätigungen sind ergriffen, andere nicht. Während wir im allgemeinen hören, daſs in der Depression die Arbeitsfähigkeit empfindlich leidet, (Zeichen der Hemmung) ist das bei dem in Rede stehenden Kranken nicht der Fall. Auch hier begegnen wir dem charakteristischen Symptom der Gedankenflucht. Bezüglich der Ablenkbarkeit durch angenehme Eindrücke verhalten sich die Zyklothymen recht verschieden. Unser Kranker gibt uns an, daſs heitere Gesellschaft ihn seine Verstimmung vergessen lasse. Sehr häufig begegnen wir dem Gegenteil: angenehme Eindrücke führen den Kranken ihre Verstimmung erst recht zu Gemüt und verstärken ihre Niedergeschlagenheit.

Bei den leichten und mittelschweren depressiven Phasen vermögen sich die Kranken oft so gut zusammen zu nehmen, daſs

Digitized by Google

nur dem geschulten und scharfen Beobachter eine gewisse Verstimmung auffällt. Man ist infolgedessen oft doppelt auf die Angaben der Patienten angewiesen. Der unmittelbaren Umgebung des Kranken allerdings fällt die Veränderung des Wesens fast immer auf. Die oft nur mühsam erzwungene Beherrschung versagt im engsten Kreise. Sehr drastisch schildert unser Kranker in seinen Aufzeichnungen seine hypochondrischen Vorstellungen. Wir begegnen solchen in der depressiven Phase sehr häufig. Bei zahlreichen älteren Psychiatern finden wir die Bemerkung, daſs zuerst Magenbeschwerden, dann hypochondrische Vorstellungen, schliefslich schwere hypochondrische Wahnideen auftreten können, die zu „völligem Wahnsinn" führen. Häufig handelte es sich wohl um Manisch-depressive Kranke, deren Depression durch Magenbeschwerden eingeleitet wurde.

Bei unserem Kranken erzielten wir durch reichliche Bettruhe, leichte Hydrotherapie und kräftige Ernährung ohne Rücksicht auf die Magenbeschwerden den gröfstmöglichen Erfolg, den man bei solchem Zustande überhaupt erwarten kann. Das Gewicht stieg um ca. 7 Pfund und die Beschwerden besserten sich sehr. Die Verstimmung ist natürlich nicht nachhaltig zu beeinflussen, wenngleich Fernhaltung aller Reize und Erregungen zweifellos aufserordentlich beruhigend wirkt.

Fall 11.

Zyklothymie mit Magenstörungen. Zahlreiche Anfälle. Hypomanien.

Der 30jährige Schleifer machte vor 12 Jahren eine schnell vorübergehende Magendarmstörung mit Erbrechen und Abweichen durch. Vor 6 Jahren setzte zum ersten Male eine Depression mit Magenbeschwerden ein. Er wurde ohne äufsere Veranlassung schwermütig und innerlich unruhig. Nach einigen Tagen hatte er Magendrücken im ganzen Magen, das sich auf reichliches Erbrechen sehr besserte. Der ganze Zustand war nach 4—5 Wochen vorüber. Derartige Anfälle von Schwermut mit Magenerscheinungen wiederholten sich in den letzten 6 Jahren häufiger. Anfangs kamen sie im Abstand von 1—$1^1/_2$ Jahren, späterhin traten sie aber zwei- bis dreimal im Jahre auf. Nur ein einziges Mal will Patient nach einem derartigen schweren Anfall ganz besonders lustig gewesen sein. Er war so fidel, daſs er sich „Grabblätter" in die Knopflöcher steckte, ferner in jedes Knopfloch eine Rose, und trotz seiner 24 Jahre auf der Wiese Purzelbäume schlug. Er nahm alte Weiber in den Arm und konnte sich vor Lustigkeit kaum fassen. — Alkoholabusus ging nicht voraus. — Der letzte Depressionsanfall begann 3 Monate vor der Aufnahme in die Klinik mit starken Schmerzen in der Nabelgegend und heftigem Erbrechen. Gleichzeitig hatte der Kranke das Gefühl der Übelkeit und des Ekels vor dem Essen. Der Stuhl war regelmäfsig. Mit diesen körperlichen Beschwerden vergesellschaftete sich diesmal eine starke unbestimmte Angst, „als ob ein grofses Unglück passieren werde, als ob er sterben müsse". Auch die innere Unruhe kam wieder über ihn. „Ich kann dann nicht ruhig sitzen bleiben. Wenn das kommt, laufe ich in die

Digitized by Google

Wirtschaften, ich muſs mich betäuben, ich weiſs nicht, was ich anfangen soll." Auch diesmal war er wieder auſserordentlich niedergeschlagen, schwermütig. „Da möchte ich immer jemanden haben, der mich aufheitert, damit ich auf andere Gedanken komme." Mehrfach traten Selbstmordgedanken auf. „Ich hätt's schon gemacht, aber dann dauert mich wieder meine Frau, dann lasse ichs." Auch jetzt bestand wieder wie bei den früheren Anfällen eine starke psychomotorische Hemmung, er klagte, daſs er seine Gedanken nicht zusammenbringen könne, daſs er zu nichts Lust habe, daſs er so gleichgültig geworden sei. — „Sonst habe ich mit meiner Frau keinen Streit, bloſs wenn ich die „Kränklichkeit" habe, dann heiſsts: „geh fort"." Er vermag nur zwei bis drei Stunden in der Nacht zu schlafen und träumt in dieser Zeit auſserordentlich plastisch und nur schreckenerregende Dinge.

Für diese Zustände besteht ein starkes Krankheitsgefühl. Fast jedesmal gibt der Kranke in dieser Verfassung die Arbeit auf, „weil ich nicht mehr kann, ich falle ja vom Stuhl herunter". Offenbar fallen in diese kurzdauernden Depressionen starke Stimmungsschwankungen. „Mitten in der Niedergeschlagenheit war ich in B., wo ich sehr fidel war und mich gut unterhalten habe. Meine Frau meinte vorher, mit mir sei nichts los. Nach einem Tag war wieder die alte Geschichte da." Erwähnenswert ist noch, daſs die Verstimmungen meistens ohne äuſsere Veranlassung kommen, manchmal jedoch auch durch heftige seelische Erregungen ausgelöst werden. Sehr charakteristisch ist folgende Stelle des vom Patienten verfaſsten schriftlichen Krankheitsberichtes: „Bei der diesmaligen Erkrankung war das Angstgefühl, die Mutlosigkeit und die Wurstigkeit am gröſsten. Ja ich ging soweit, daſs ich meiner Frau den Antrag stellte, den ganzen Krempel zu verputzen und sich nachher zu erschieſsen." Wegen seiner Magenbeschwerden, die in den letzten Wochen sehr erheblich gewesen waren, suchte der Kranke die Klinik auf.

Objektiv konnten wir bei der Aufnahme eine leichte Depression feststellen. Motilität, Lage, Sekretionsverhältnisse des Magens normal. Nach Probefrühstück freie Salzsäure 45, Gesamtacidität 60. Am zweiten Tage nach der Aufnahme in die Klinik änderte sich plötzlich, wie mit einem Schlage, die Situation. Die Magenbeschwerden hörten völlig auf, der Kranke war ungemein euphorisch, zu Scherzen geneigt, sehr lebhaft in Sprache und Gestikulation. Bei auſserordentlichem Appetit nahm Patient in 6 Tagen $8^1/_2$ Pfd. an Körpergewicht zu. Bei der Entlassung tanzte und sprang er vor Vergnügen im Saal herum.

$^1/_2$ Jahr nach der Entlassung schrieb uns der Kranke, daſs er noch zwei Anfälle mit Magenbeschwerden gehabt habe. Seit den letzten drei Monaten befinde er sich sehr wohl, könne gut essen und habe normalen Stuhlgang. „Betreffs der Gemütsstimmungen staune ich über mich selber, da ich fast alle Reizbarkeit verloren habe und mich über nichts mehr aufrege. Ich habe auch wieder Lebenslust. Ich finde, daſs die Anfälle früher länger dauerten, daſs sie sich aber jetzt in kürzeren Zwischenpausen wiederholen."

Vor kurzem ($^5/_4$ Jahre nach der Entlassung) war der Kranke wiederum in der Klinik und bot genau das gleiche Bild wie das erste Mal. Nach wenigen Tagen schlug die deprimierte Stimmung um. Mit diesem Wechsel verschwanden auch die Magenbeschwerden und das Gewicht stieg rapid. Auch diesmal stellten wir eine erhebliche Hyperchlorhydrie fest. Hypomanisch wurde Patient entlassen.

Dieser Fall unterscheidet sich insofern von den vorhergehenden, als wir anamnestisch eine sichere hypomanische Phase feststellen können. Eine ebensolche konnten wir am 2. Tage der Klinikbehandlung beobachten. Der Umschlag in Euphorie sowie der Be-

Digitized by Google

wegungsdrang, waren so eklatant, daſs sie nicht verkannt werden konnten. Die Anfälle sind bei unserem Kranken zahlreich, aber nicht sehr schwer und offenbar von relativ kurzer Dauer. Sehr deutlich sieht man auch hier wieder manische Züge in der depressiven Phase: z. B. ist der Drang, in Wirtschaften zu gehen und sich mit Alkohol zu betäuben, der deutliche Ausdruck psychomotorischer Erregung. Ebenso die Streitsucht, über die uns von zahlreichen Kranken berichtet wird. Die Patienten erzählen, daſs es sie geradezu gegen ihren Willen dazu treibe, Streit vom Zaun zu brechen, was fast wie eine Entladung wirken soll. Hinterher kommt natürlich die Reue über das begangene Unrecht häufig nur umso stärker. Sehr gut geben die schriftlichen Berichte unseres Kranken seine Gemütsverfassung wieder. Wir fanden mehrfach, daſs das Beschreibenmüssen der psychischen Verfassung, das ganz unbeeinfluſst erfolgt, noch bedeutsame Symptome zu Tage förderte. Fast von allen unseren Kranken haben wir derartige Selbstschilderungen, die als diagnostisches Hilfsmittel sehr wohl zu brauchen sind.

Damit wollen wir die Reihe der Krankengeschichten Zyklothymer schlieſsen. Es erübrigt uns noch auf Grund der Beobachtungen an anderen Zyklothymen mit dyspeptischen Beschwerden auf einige Symptome einzugehen, die bei den wiedergegebenen Krankengeschichten vielleicht nicht ganz zur Geltung gekommen sind.

Die Angst bei der Zyklothymie kann die verschiedenartigsten Stufen durchlaufen. Meist handelt es sich nur um ein vages Gefühl der Beunruhigung. Die Kranken glauben, es stehe ihnen oder ihren Angehörigen Schlimmes bevor. Die oft ganz unbegründeten Sorgen nehmen eine ängstliche Färbung an. Aber auch Angstanfälle wie bei ausgesprochener Melancholie schieben sich hie und da in eine leichte depressive Phase ein. Bei einem unserer Kranken, der im übrigen nur eine ganz leichte Depression mit Magenbeschwerden hatte, wurde diese Phase jedesmal mit den sonderbaren ängstlichen Vorstellungen, die fast an Wahnideen grenzten eingeleitet, seine Familie müsse verhungern, sein Haus werde versteigert, er werde von seinem Brotherrn fortgejagt usw.

Selbstmord kommt bei einer leichten Zyklothymie recht selten vor. Suizidgefährlich sind aber mehr oder weniger zweifellos alle Zyklothyme. Es bedarf genauer Kenntnis dieser Zustände und einer groſsen Erfahrung, um für den einzelnen Fall mit einiger Sicherheit entscheiden zu können, wie es damit steht. — Gar nicht selten hört man von den Zyklothymen allerdings nur darüber klagen, daſs ihnen am Leben nichts mehr liege, nicht, daſs sie es wegwerfen möchten. Es ist ihnen nur, wie alles andere, gleichgiltig geworden. Andere gehen schon einen Schritt weiter. Sie

Digitized by Google

sagen, wenn nicht ihre Religiosität oder die Rücksicht auf ihre Familie sie zurückhielte, dann hätten sie ihrem Leben ein Ende gemacht. Wieder andere versichern, dafs sie zwar Selbstmordgedanken haben, dafs aber ihr Wille sie davon abhalten wird. Wir sind der Ansicht, dafs man dieser Versicherung im allgemeinen Glauben schenken darf. Wir haben es immer für zweckmäfsig gehalten, unsere Kranken, zuerst allerdings in vorsichtig tastender Weise, nach Suizidgedanken zu fragen und haben auch regelmäfsig offene Auskunft bekommen. Von all den zyklothymen Kranken, die wir in der Medizinischen Klinik sahen, war nach unserem Dafürhalten kein einziger selbstmordgefährlich, somit entfiel für alle auch die Frage der Überführung in eine geschlossene Anstalt.

Die Kenntnis der Stimmungsschwankungen nach der manischen Seite halten wir für die Diagnose der Zyklothymie für aufserordentlich wichtig. Das Wesentliche ist der völlig unvermittelte, unmotivierbare Umschlag der Stimmung, der oft nur Stunden, oft 2—3 Tage, fast nie aber länger anhält. Manische Symptome wie Unternehmungslust und Schaffensdrang finden wir sehr häufig dabei angedeutet. Die Kranken sind selbst von dem plötzlichen Stimmungswechsel überrascht und erfreut, wenngleich bei manchen das „dumpfe Gefühl der Wehmut" oft nicht ganz übertönt wird.

Sehr intensiv und diagnostisch bedeutungsvoll ist fast bei allen deprimierten Zyklothymen das Gefühl der Veränderung ihrer ganzen Persönlichkeit. Gerade dafür besteht, abgesehen von dem Krankheitsgefühl und der Krankheitseinsicht für die anderen Symptome eine sehr lebhafte Empfindung. Die Kranken verstehen selbst nicht, wie sie „so" haben werden können. Sie versichern immer wieder, dafs ihr Verhalten in grellem Gegensatz zu sonst und zu ihrem ganzen Wesen stehe. Wie etwas Fremdes, das über sie gekommen und gegen das sie sich nicht wehren können, empfinden sie ihre Veränderung, die der Umgebung ebenso unbegreiflich vorkommt.

Hysterische Züge fanden wir bei den von uns in der Medizinischen Klinik beobachteten Kranken auffallend selten, im Gegensatz zu unseren sonst gemachten Erfahrungen. Sie finden sich in allen Variationen dem Bilde der Zyklothymie sehr häufig beigefügt und verführen oft zur Diagnose Hysterie, während es sich in Wirklichkeit nur um eine hysterische Überschichtung handelt.

Über abortive Depressionen wurde uns mehrfach berichtet. Es handelt sich hierbei um nur Stunden oder höchstens 1-2 Tage währende Depressionen, die in abgeschwächtem Mafse dem ausgeprägten Anfall gleichen. Diese Abortivanfälle schieben sich teils

Digitized by Google

mit, teils ohne äufsere Veranlassung in die gesunde Zeit hinein und werden — das ist das Wichtige — als krankhaft empfunden. Häufig meldet sich dabei auch der Magen in der aus der Depression bekannten Weise. Bei den übrigen 11 von uns beobachteten Zyklothymen mit Magenbeschwerden handelte es sich 8mal um den ersten Anfall. Im ganzen war er 3mal durch seelische Erregungen, 1mal durch ein Puerperium ausgelöst worden. Die Dauer der einzelnen Depressionen schwankte zwischen wenigen Wochen und 10 Jahren. Im allgemeinen betrug sie aber nur wenige Monate.

Die Mehrzahl unserer Kranken befand sich beim ersten Anfall im Anfang des dritten Dezenniums ihres Lebens. — Wir sahen ebensoviele zyklothyme Männer wie Frauen, die wegen Magenbeschwerden die Klinik aufsuchten.

Was die Magenbeschwerden anlangt, so hörten wir bei unseren übrigen Kranken all das, was aus der Magensymptomatologie der Nervösen Dyspepsie längst bekannt ist: Die einen hatten Druck vor, andere nach dem Essen. Es wurde über Aufgeblähtsein, Gefühl der Völle in der Magengegend, Appetitlosigkeit, Ekel vor dem Essen, Erbrechen usw. geklagt. Bald wurden nur leichte, bald nur schwerverdauliche Speisen vertragen. Die einen hatten stärkere Beschwerden nach Aufregungen, eine unserer Kranken beim Witterungswechsel. (!) Wieder andere beschwerten sich über Aufstofsen, pappigen Geschmack im Munde, Druck an einer Stelle des Magens oder im ganzen Magen usw.

Diese Symptomatologie weiter auszuführen, erscheint uns wahrlich überflüssig. Ein Moment war allen gemeinsam: Diätetische Mafsregeln oder Medikamente liefsen die Magenbeschwerden völlig unbeeinflufst. Etwas über die Hälfte unserer Kranken litt an Verstopfung. Es bedarf wohl keiner Versicherung, dafs auch die Regulierung des Stuhls keinerlei Änderung im psychischen Bilde herbeiführte.

Was die Motilität des Magens betrifft, fanden wir meist normale Verhältnisse und nur zweimal eine sehr erhebliche Hypermotilität (nach 2 Stunden war eine Probemahlzeit, nach 35 Minuten ein Probefrühstück aus dem Magen verschwunden). Einmal war diese rasche Entleerung mit Hypo- ein andermal mit Hyperchlorhydrie verbunden.

Lage des Magens: Abgesehen von den bei den 6 publizierten Fällen mitgeteilten Lageanomalien (i. G. 2 Mal) fanden wir noch 2 Mal eine erhebliche Entero- und Gastroptose, einmal mit starker Hyperchlorhydrie, ein andermal mit normaler Sekretion.

Bezüglich der Sekretion fanden wir nur dreimal normale

Digitized by Google

Verhältnisse. Regeln lassen sich hier durchaus nicht aufstellen. Wir beobachteten häufig Hyperchlorhydrie, aber auch nicht selten Säureverminderung; ferner wechselnde Sekretionsverhältnisse zu verschiedenen Zeiten und, was uns besonders bemerkenswert erscheint, auf verschiedene Reize. Z. B. auf Probefrühstück freie HCl 40, Gesamtacidität 73, auf Probemahlzeit HCl-Defizit 13, Gesamtacidität 80, oder bei einem anderen Kranken auf Probefrühstück HCl-Defizit 29, Gesamtacidität 16, auf Probemahlzeit freie HCl 13, Gesamtacidität 75. In 3 Fällen beobachteten wir dauernd ein HCl-Defizit. Auch aus unseren Magenuntersuchungen geht hervor, was Herzog für „die" Nervöse Dyspepsie aufstellte, daſs alle möglichen Variationen bezüglich der Sekretion vorkommen können, daſs normale Magensaftabsonderung aber relativ selten ist.

Leider vermochten wir den Magen unserer Kranken in gesunden Tagen nicht zu untersuchen. Es wäre gewiſs interessant zu erfahren, ob dann auch noch die gleichen Abweichungen von der Norm bestehen. Was übrigens die „normalen Sekretionsverhältnisse" betrifft, so müssen wir Strümpell durchaus beipflichten, wenn er sagt, daſs wir die Grenzen viel zu eng gesteckt haben. Nach unseren zahlreichen Untersuchungen an nicht magenkranken Individuen kann ein HCl-Defizit ebenso beschwerdelos verlaufen wie eine sogenannte „Hyperchlorhydrie". Wir sind der Ansicht, daſs man hier die „klinische Erfahrung" einer eingehenden Revision unterziehen muſs, ob als Ursache für Magenbeschwerden eventuell festgestellte nicht normale Sekretionsverhältnisse verantwortlich gemacht werden dürfen. Im allgemeinen ist man nach unserem Dafürhalten zu sehr geneigt, Sekretionsanomalien allzugroſse Bedeutung beizumessen.

Die Diagnose Ulcus ventriculi bei Hyperchlorhydrie oder Gastritis acida, ferner Gastritis chronica bei Hypochlorhydrie wird nach unserer Erfahrung wohl öfter als nötig gestellt, zumal wenn die Beschwerden sich nur einigermaſsen mit diesen Diagnosen vereinigen lassen.

Was die Differentialdiagnose der Zyklothymie gegenüber anderen Neurosen resp. Psychoneurosen anlangt, so ist praktisch am wichtigsten die Abgrenzung von der Neurasthenie. Natürlich muſs man hier ebenfalls die konstitutionelle Neurasthenie (Psychopathie) von der erworbenen Neurasthenie trennen.

Haben wir anamnestisch festgestellt, daſs der beobachtete Anfall nicht der erste ist, daſs depressive oder manische Phasen schon durchlaufen worden sind, so ist die Diagnose der Zyklothymie nicht schwer. Somit bietet uns also allein eventuell schon die anamnestisch feststellbare Verlaufsform der Zyklothymie in

Digitized by Google

vielen Fällen sichere Anhaltspunkte. Hier dürfen wir jedoch nicht verkennen, daſs die Psychopathien ebenso wie die erworbenen Neurasthenien mehr oder weniger periodisch verlaufen können. Die Psychopathen unterliegen meist allerdings durch äuſsere Ursachen bedingten Stimmungsschwankungen, die erworbene Neurasthenie kann mehrfach rezidivieren, wie z. B. unser Fall 12 beweist. Wichtig ist hier, ebenso wie bei der Psychogenie, die Feststellung der auslösenden Ursache. Sehen wir eine Depression, die ohne jede Ursache auftritt und sich langsam entwickelt, dann haben wir es wohl, sofern andere Zustände differentialdiagnostisch nicht in Betracht kommen, mit einer Zyklothymie zu tun. Das Fehlen jeden ursächlichen Momentes ist mithin ein wichtiger Fingerzeig für die Diagnose.

Gar nicht selten läſst jedoch, wie wir auch bei unseren Fällen häufig beobachten konnten, die Ätiologie im Stich. Auch eine Zyklothymie kann die Folge einer psychischen Erschütterung sein. Hier hilft jedoch das Beobachten der Verstimmung weiter, die bei den Psychopathen, den psychogenen Zuständen und den Neurasthenikern nicht so tief und nachhaltig ist. Fast regelmäſsig fanden wir bei unseren Zyklothymen, daſs auslösende Ursache und Nachhaltigkeit der Verstimmung in einem erheblichen Gegensatz standen.

Maſsgebend muſs jedoch für alle Fälle die genaue Analyse des Zustandsbildes sein. Psychopathische Antezedentien finden wir bei den konstitutionellen Neurasthenikern, bei den psychogenen Zuständen und bei den Zyklothymen. Andererseits vermissen wir sie bei der letztgenannten Psychoneurose häufig, so daſs gegebenenfalls ihr Fehlen als wichtiger differentialdiagnostischer Fingerzeig angesprochen werden darf.

Eine ausgeprägte zyklothyme Depression ist etwas so ungemein charakteristisches und von den anderen Zuständen bei genauer Betrachtung so verschieden, daſs jedes einzelne Symptom die richtige Deutung fördern kann. Nirgendwo ist die Verstimmung eine so intensive und nachhaltige wie bei der Zyklothymie. Sie prägt sich in der Lebensauffassung und -führung sehr deutlich aus. Sie beherrscht den Kranken.

Angstzustände finden wir bei allen vier in Betracht kommenden Neurosen. Sie haben jedoch bei der Zyklothymie etwas Elementareres, die ganze Persönlichkeit Ergreifendes. Während wir bei anderen Neurosen den Eindruck haben, daſs die Angst etwas Nebensächliches ist, steht sie bei der Zyklothymie viel mehr im Vordergrund.

Ebenso ist es mit dem Lebensüberdruſs. Gewiſs hören wir

Digitized by Google

auch bei den anderen in Betracht kommenden Neurosen ähnliche Äufserungen, wenngleich wesentlich seltener. Bei der Zyklothymie hat auch dieses Symptom ein elementares Gepräge. Man merkt, dafs häufig ein starker Impuls zur Vernichtung des eigenen Lebens treibt, den die Kranken energisch bekämpfen müssen, während es bei den anderen Neurosen doch mehr ein Spielen mit der Idee ist, welcher der Ernst oder Nachdruck wie bei den Zyklothymen fehlt.

Ungemein wichtig und oft ausschlaggebend ist das Symptom der psychomotorischen Hemmung. Bei der Zyklothymie steht diese häufig ganz im Vordergrund, die Klagen sind so charakteristisch, dafs sie den richtigen Weg weisen müssen. Die Neurastheniker sind ermüdet, erschöpft. Mit einiger Kraftanstrengung können sie diese Ermüdung überwinden. Der Zyklothyme ist gehemmt. Er kann nicht, weil auch sein Wille gehemmt ist. Bezüglich der Hemmung gibt es in der Zyklothymie alle Stufen von der schweren, auch objektiv feststellbaren Hemmung bis zur leichten und nur subjektiv empfundenen partiellen Hemmung. Wir haben sie aber ganz bei unseren Fällen nie vermifst.

Der Zyklothyme ist, im Gegensatz zu dem Neurastheniker, in seiner Verstimmung meist wenig beeinflufsbar durch äufsere ihn ablenkende Momente. Diese geringe oder fehlende Beeinflufsbarkeit der Verstimmung ist ebenfalls häufig differentialdiagnostisch zu verwerten. Gewifs nicht immer. Haben wir doch in den zitierten Krankengeschichten einige Male gehört, dafs die Kranken in der Depression sogar Ablenkung aufsuchten. Wie weit dies allerdings im einzelnen Falle auf Kosten der (manischen) psychomotorischen Erregung zu setzen ist, entzieht sich unserer Kenntnis.

Für sehr wichtig halten wir ferner das Gefühl der Veränderung der gesamten Persönlichkeit von einem bestimmten Zeitpunkt ab, wie wir es sehr ausgesprochen nur bei dem Zyklothymen finden. Dieser steht sich selbst fremd gegenüber, er sieht Veränderungen in seinem Seelenleben mit Angst und Schrecken vor sich gehen, denen er willenlos preisgegeben ist. Nirgends haben wir mithin ein so tiefes Krankheitsgefühl und -bewufstsein wie hier. Die Kranken selbst sprechen in der depressiven Phase von der „Gemütskrankheit". Sie empfinden in jedem Augenblick, im Gegensatz zum Neurastheniker, dafs der Schwerpunkt ihrer Veränderung in ihrem Gemütsleben liegt. So begegnen wir immer und immer wieder bei den Zyklothymen den Ausdrücken „Gemütskrankheit" und „Schwermut".

Hypochondrische Verarbeitung der Beschwerden treffen

Digitized by Google

wir bei allen in Betracht kommenden Neurosen, vielleicht allerdings manchmal am ausgeprägtesten bei der Zyklothymie, so daſs diese als Hypochondrie imponieren kann.

Auch die in der depressiven Phase häufig beobachteten manischen Symptome: Erregbarkeit, Empfindlichkeit, Streitsucht und Jähzorn sind manchmal differentialdiagnostisch zu verwerten wenn wir das ganze Bild auf eine zyklothyme Mischform analysieren.

Wie für alle psychiatrischen Diagnosen muſs man gerade bei der Zyklothymie alle einschlägigen Momente berücksichtigen, um zur klaren Einsicht zu kommen. Richtige Bewertung der Vorgeschichte, der auslösenden Ursache, des Zustandsbilds, eventuell auch des Verlaufs führen immer zum Ziele in den einigermaſsen charakteristischen Fällen. Bei den Übergangsformen, wo schlieſslich die „Gefühlsdiagnose“ in ihr Recht tritt, ist ja eine ganz scharfe Trennung nicht möglich, vielleicht auch nicht immer nötig. Hier wird der Verlauf meist die Entscheidung bringen. Die plötzlichen, unvermittelten Heilungen sind der Neurasthenie und der Psychopathie fremd.

Die Prognose der Zyklothymie und ihrer Magenstörungen ergibt sich aus dem bisher Gesagten von selbst. Bezüglich der Magenstörungen kann man das eine wohl sagen, daſs sie — wenigstens sprechen unsere Erfahrungen durchaus dafür — mit dem Nachlassen respektive Verschwinden der Depression sich ebenfalls ganz verlieren werden. Bezüglich der Dauer der Depression lassen sich, falls schon mehrere Verstimmungen vorhergegangen sind, aus deren Dauer bisweilen Schlüsse ziehen. Häufig sind die einzelnen Depressionen ziemlich gleich lang. Gar nicht selten werden sie aber immer schwerer und länger. Einzelne unserer Fälle illustrieren gerade das sehr gut.

Ein wesentlicher Unterschied scheint zwischen psychisch ausgelösten und „endogenen“ Depressionen zu bestehen. Man darf wohl behaupten, daſs diejenigen, die auf ein bestimmtes psychisches Trauma zurückgeführt werden können, schneller heilen. Es will uns fast scheinen, als ob auch bei diesen Formen die Rezidivmöglichkeit nicht ganz so groſs sei. — Bezüglich der Dauer der Depression wird man also über Vermutungen nicht hinauskommen. Man wird aber den Kranken mit Sicherheit sagen können, daſs sie nach ärztlicher Erfahrung wieder völlig gesunden werden.

Was die Therapie der zyklothymen Magenstörungen anlangt, so wird man sich auch hier als oberstes Gesetz vorschreiben müssen, den Magen in keiner Weise zu behandeln. Man wird mit der Magentherapie fast nie nützen, in den meisten Fällen sogar schaden. Die Fälle von Alt scheinen allerdings da-

Digitized by Google

für zu sprechen, daſs sehr energisch durchgeführte Magenspülungen wohltuend empfunden werden und auch die Verstimmung, allerdings nur vorübergehend, günstig beeinflussen können. Diesen stehen aber zahllose Fälle gegenüber, die durch eine Magenbehandlung in ihrem psychischen Befinden verschlechtert worden sind. Man darf nie vergessen, daſs die deprimierten Zyklothymen schon infolge ihrer sorgenvollen trüben Stimmung sehr auf sich achten, daſs sie in ausgesprochenem Maſse zur Hypochondrie und zu allerhand hysterischen Störungen neigen. Diese Neigung kann durch die ärztlicherseits dem Magen geschenkte Aufmerksamkeit nur gefördert und gesteigert werden. Zudem muſs man sich auch hier wieder sagen, daſs man die Magenbeschwerden nicht lokal behandeln kann, da dieses Organ nicht erkrankt ist. Oder will man vielleicht dort Salzsäure verordnen, wo heute eine Hypo- und morgen eine Hyperchlorhydrie gefunden wird?

Die einzig rationelle Therapie für die Zyklothymie und die durch sie hervorgerufenen Magenbeschwerden bleibt die psychische Behandlung. Man wird mit den Kranken ihre psychische Anomalie genau durchsprechen und ihnen verständlich machen, daſs auch die quälendsten Symptome nichts Beängstigendes haben und sicher vorübergehender Natur sind. Man wird die Kranken aufzuklären haben, daſs es sich um eine leichte psychische Erkrankung handelt, als deren Folgen die Magenbeschwerden anzusehen sind. Man wird immer wieder versichern müssen, daſs der Magen selbst ganz gesund ist. Wir sahen auſserordentlich oft, wie erleichtert die Kranken waren, wenn sie ihre psychischen Anomalien vom Arzt verstanden wuſsten. Häufig genügte schon das Aussprechen und Verstandenwerden, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. — Die Kranken fürchten sich oft insgeheim, daſs sie geisteskrank werden könnten. Eine Befürchtung, die sie sich selbst kaum zugestehen und die wohl von der schwer empfundenen Veränderung ihrer Persönlichkeit herrührt. Diese Furcht verlieren sie, wenn man ihnen klargelegt hat, daſs ihre psychischen Veränderungen wohl bekannt sind, daſs es sich nicht um „nur nervöse“ Dinge handelt. Man braucht sich vor einer ganzen Anzahl Kranker keineswegs zu scheuen, den Namen Gemütskrankheit zu gebrauchen. — Es gibt Formen der Zyklothymie, bei welchen die schlechten und die guten Zeiten andauernd, fast gesetzmäſsig wechseln. Bei solchen Kranken erlebten wir es mehrfach, daſs ihnen die Angst vor der Depression genommen war, nachdem sie wuſsten, worum es sich handelte.

Vor allem erscheint es uns wichtig, auch die Umgebung, insbesondere die nächsten Angehörigen, mit der Eigenart der Krank-

Digitized by Google

heit, ihrer häufigen Periodizität und ihrem unvermittelten Auftreten bekannt zu machen. Von den Kranken müssen Reize und Erregungen möglichst ferngehalten werden, da diese nur verschlimmernd auf das Gesamtbefinden wirken.

Durch richtiges Eingehen auf ihre pathologische Erregbarkeit und die durch die Hemmung gezeitigten Erscheinungen wie die Entschlufsunfähigkeit usw. kann man den Kranken sehr viel ersparen. Ist die Depression und insbesondere die Hemmung leicht, dann sollen die Kranken ihrem Beruf nachgehen. Eine Aussprache mit dem sie verstehenden Arzt nützt oft für lange Zeit. Schwerere Depressionen, höhere Grade der Hemmung und der Erregung erheischen eine Behandlung, wie sie in allen psychiatrischen Büchern nachgelesen werden kann. Man wird hier eventuell langdauernde Bettruhe, Dauerbäder und Narcotica (Brom, Codein, Opium, nachts Veronal) häufig nicht entbehren können. Auch der folgende Umstand erscheint uns ganz besonders wichtig für die Behandlung zyklothymer Zustände: Der Psychopath soll sich beherrschen und seine Verstimmung unterdrücken lernen. Auf eine systematische Erziehung des Willens kommt es, wie wir gesehen haben, hier hauptsächlich an. Der Zyklothyme soll gewifs dauernd an seiner Selbsterziehung arbeiten und wird hiermit zweifellos viel erreichen können. Die Depression wird er jedoch nie durch seinen Willen überwinden. Ferner sollen die Symptome schwerer Hemmung nicht von den Kranken mit ihrem Willen überwunden werden. Es wäre das eine ungünstig rückwirkende Kraftanstrengung, die nur allzuhäufig nutzlos ist und die Kranken sehr entmutigt oder schädigt. Derartige Patienten dürfen unter keinen Umständen arbeiten. Man mufs versuchen, ihr Leben möglichst unkompliziert zu gestalten. —

Digitized by Google

II. Gruppe:

Erworbene Neurasthenie mit dyspeptischen Beschwerden.

Die zweite hier aufgestellte Gruppe unterscheidet sich in einem Punkte prinzipiell von den 4 Formen der ersten Gruppe: wir haben es mit von Haus aus psychisch gesunden Menschen zu tun, welche durch irgend eine nachweisbare Ursache neurasthenisch werden. Trotz der symptomatologisch so ähnlichen Bilder mufs man auch nach unserem Dafürhalten streng zwischen konstitutioneller und erworbener Neurasthenie unterscheiden. Nur so wird man, was Prognose und Therapie anlangt, eine grofse Anzahl hierher gehöriger Krankheitsbilder trennen können.

Bei der Schilderung der erworbenen Neurasthenie bewegen wir uns in so wohlbekannten und durchforschten Gebieten, dafs wir uns wohl kurz fassen dürfen. So glauben wir uns eine Beschreibung der psychischen Veränderungen der erworbenen Neurasthenie ersparen zu müssen, um nicht Allzubekanntes zu wiederholen.

Die erworbene Neurasthenie zeigt immer in mehr oder minder hohem Mafse die unter dem Namen der „reizbaren Schwäche“ zusammengefafsten Symptome. Charakteristisch ist aber auch bei dieser Form der Nervösen Dyspepsie, dafs die nervösen Zeichen im Gegensatz zu den Magensymptomen ganz in den Hintergrund treten können. So entstehen unter Umständen sehr merkwürdige Krankheitsbilder. Immer sind aber nach unserer Erfahrung nervöse Symptome festzustellen. Dafs die dyspeptischen Symptome eventuell der einzige Ausdruck der Neurasthenie sein sollen, wie von namhaften Autoren behauptet wurde, haben wir an unserem Material nie beobachten können.

Was uns an diesen dyspeptischen Zuständen besonders interessiert, sind die für die erworbene Neurasthenie mit Fug und Recht als Ursachen verantwortlich zu machenden Schädigungen.

Wir kennen eine ganze Reihe von Momenten, die imstande sind, einen gesunden Menschen zum Neurastheniker zu machen. Wichtig bleibt hierbei, dafs die Neurasthenie die sie veranlassende

Digitized by Google

Schädigung lange Zeit überdauern kann, so daſs sie als Nachkrankheit angesprochen werden muſs. Wir erinnern hier nur an nach Infektionskrankheiten auftretende Neurasthenien, die oft trotz entsprechender Therapie wochen- und monatelang bis zur völligen Heilung währen können.

Eine wichtige Rolle spielen in der Ätiologie der Neurasthenie gemütliche Erschütterungen und langdauernde geistige Überanstrengung, ursächliche Faktoren, welche im „Kampf ums Dasein" so häufig zur Erschöpfungsneurasthenie führen. Der folgende Fall möge diese Krankheitsbilder illustrieren.

Fall 12.

Erworbene Neurasthenie mit dyspeptischen Beschwerden. Mehrfacher Rückfall.

42jähriger Akademiker. Mutter und Schwester waren zeitweise melancholisch. Der Kranke war bis vor 15 Jahren psychisch und körperlich vollkommen gesund. Damals traten unmittelbar nach dem ihn recht anstrengenden und aufregenden Staatsexamen ohne Diätfehler oder sonstige Ursachen krampfartige Magenschmerzen auf, die sehr erheblich gewesen sein sollen, aber nur 24 Stunden dauerten. Patient fühlte sich dann völlig wohl, bis 3 Jahre später nach einer Periode starker geistiger Inanspruchnahme „nervöses Herzklopfen" auftrat, das nach einer Ruhekur bald wieder verschwand. Wenige Jahre später starb die Mutter des Patienten, an welcher er sehr hing, ohne daſs sich jedoch irgendwelche körperliche oder seelische Störungen bemerkbar gemacht hätten. Vor 5 Jahren strengte sich der Kranke viele Monate hindurch geistig auſserordentlich an. Im Gefolge dieser Überarbeitung entwickelte sich eine Magenstörung, die allmählich immer weitere Dimensionen annahm. Zuerst hatte Patient nur das Gefühl eines dumpfen Schmerzes in der Magengegend, besonders beim Schreiben, währenddessen er vornübergebückt saſs. Dazu gesellte sich dann die Empfindung im Magen, als ob zwei wunde Flächen aneinanderrieben. Es war wie ein innerliches Brennen am Mageneingang, das auf Essen und Trinken zunahm, aber auch in nüchternem Zustande bestand. Dieses brennende Gefühl nahm bei jeder gemütlichen Erregung zu. Mehrere Monate schleppte sich Patient herum, bis ihn schlieſslich sein Arzt veranlaſste, eine Magengeschwürkur durchzumachen, die ihn auſserordentlich herunterbrachte und alle Symptome nur steigerte. Patient kam dann in klinische Behandlung. Man fand den Kranken organisch völlig gesund. Es bestand nur eine geringe Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Der aufgeblähte Magen hatte normale Grenzen. $^3/_4$ Stunden nach einem Probefrühstück war der Magen vollkommen leer. Eine halbe Stunde nach einem weiteren Probefrühstück fanden sich nur geringe Speisereste. Keine freie Salzsäure, Gesamtacidität 23. Anfangs bekam Patient zwei Liter Milch und leichte Kost bei völliger Ruhe. Schon nach 8 Tagen vertrug er volle Kost und nach mehrwöchentlicher Ruhe in der Klinik war er von seinen Beschwerden befreit.

Nach starken seelischen Erregungen und viele Monate währender Überanstrengung traten vor ca. $^5/_4$ Jahren wieder dieselben Magenerscheinungen auf, nachdem sich zuvor eine gewisse Reizbarkeit und rasche Ermüdbarkeit, öfters auch eine lästige Konzentrationsunfähigkeit eingestellt hatte, die sich mit einem Gefühl innerer Ruhelosigkeit und Unstetigkeit bei niedergeschlagener

Digitized by Google

Stimmung vergesellschaftet hatte, psychische Anomalien, die auch schon 1903 Begleiterscheinungen der Magenbeschwerden gewesen waren. Im übrigen fanden sich keinerlei seelische Veränderungen. Die Magenbeschwerden waren ähnlich denen 4 Jahre zuvor empfundenen, ganz unabhängig von der Nahrungsaufnahme, diesmal bei nüchternem Magen stärker. Der Stuhlgang war im Gegensatz zu sonst leicht angehalten. Bemerkenswert ist, daſs Patient, wie er angab, sich in der Periode der Reizbarkeit wunderte, daſs diesmal die Magenbeschwerden ausgeblieben waren. Bald darauf sollen sie aufgetreten sein. Der Kranke nahm Urlaub, nicht weil er sich ganz arbeitsunfähig fühlte, sondern weil er einen schweren Zustand befürchtete. Auch diesmal wirkten seelische Erregungen verstärkend auf die Magenbeschwerden. Bei der Magenuntersuchung ergaben sich bei der Aufnahme in die Klinik vor nunmehr einem Jahre normale Motilitätsverhältnisse, dagegen eine ausgesprochene Hypochlorhydrie (nach Probefrühstück Salzsäuredefizit 20, Gesamtacidität 25, nach Probemahlzeit (zweimal) Salzsäuredefizit 23 resp. 31, Gesamtacidität 30 resp. 29). Die Speisereste waren gut angedaut. Bei völliger Ruhe und gewöhnlicher Kost nahmen die Beschwerden schnell ab, zumal nachdem dem Kranken auf das Bestimmteste versichert worden war, daſs kein organisches Magenleiden vorliege. Nach 8 Tagen hatte Patient $4^1/_2$ Pfund zugenommen und fühlte sich wesentlich wohler. Nur eine gewisse „Erregbarkeit des Magens“ bestand noch. Wenn Patient sich ärgerte, stellten sich alsbald wieder brennende Schmerzen im Magen ein. Die Stimmung hatte sich innerhalb 8 Tagen sehr wesentlich gebessert. Die Reizbarkeit hatte abgenommen, ebenso das Gefühl der Erschöpfung. Patient freute sich auf die Arbeit. Unabweisbare Pflichten verlangten alsbald wieder anstrengende Arbeit, in deren Gefolge die Magenschmerzen, gelinder wie vorher, nicht lange auf sich warten lieſsen. Eine mehrwöchentliche Ruhekur bei gewöhnlicher Ernährung änderte jedoch rasch wieder das Bild. Nur ab und zu zeigten sich in der Folgezeit nach geistiger, mehr noch nach seelischer Anstrengung einzelne Mahner, daſs im Magen nicht alles in Ordnung sei. Trotzdem schonte der Kranke in der Folgezeit seinen Magen in keiner Weise. „Wenn ich den Vergleich mit dem Zustand vor 5 Jahren ziehe, so besteht der Unterschied darin, daſs ich mich damals bald wieder völlig hergestellt fühlte und an einen Rückfall überhaupt nicht mehr dachte, während jetzt Magenbeschwerden leichterer Art sich von Zeit zu Zeit immer wieder einstellen, und ich auch das Gefühl habe, als gehöre nicht sehr viel dazu, die Sache wieder aus dem Geleise zu bringen.“ (Eigenbericht, $^1/_2$ Jahr nach der Entlassung.) — Ein Jahr nach dem Verlassen der Klinik schrieb uns der Kranke, daſs vor ca. 4 Monaten nach einer sehr anstrengenden Zeit noch einmal ein kurzdauernder Rückfall eingetreten sei, den er jedoch durch nachfolgende Schonung und „sorgfältige Diät“ bald überwunden habe. Seitdem fühle er sich vollkommen wohl.

Man kann bei diesem Fall deutlich verfolgen, wie die neurasthenische Dyspepsie jedesmal eine Folge der Überanstrengung ist. Das erste Mal, in jungen Jahren, dauert sie nur einen Tag, späterhin länger; auch kommt sie leichter wieder. Wir konnten mehrfach beobachten, daſs neurasthenisch-dyspeptische Symptome nach einer schwereren Attacke häufig rezidivieren, daſs sie immer heftiger auftreten und länger dauern, wenn der Betreffende in seiner ganzen Lebensführung nicht mit seinem zur Erschöpfung neigenden Nervensystem rechnet und Schädlichkeiten möglichst aus dem Wege geht. Man sieht auch bei unserem Fall wieder, daſs

Digitized by Google

eine Magentherapie in solchen Fällen nur schadet, eine Ruhekur bei gewöhnlicher Kost dagegen völlige Heilung bringt. Interessant ist die Hypermotilität bei dem ersten schweren Anfall vor 5 Jahren und die jedesmal bei klinischer Untersuchung festgestellte erhebliche Hypochlorhydrie.

Es wäre durchaus schematisiert, wenn man leugnen wollte, dafs nicht auch bei der erworbenen Neurasthenie psychogene Züge vorkommen können. Zweifellos hat z. B. bei dem 2. Anfall die Erwartung der bekannten Magensymptome bei Zuständen hochgradiger Erschöpfung das Auftreten der Dyspepsie befördert, wenn nicht überhaupt hervorgerufen. Fast alle Neurastheniker neigen zu hypochondrischer Verarbeitung ihrer Beschwerden, sie beschäftigen sich viel mit sich, und so werden wir auch psychisch bedingte Symptome, wie sie bei der 2. Form der I. Gruppe geschildert sind, fast nie ganz vermissen.

Ein anderer unserer Kranken, der jedesmal bei einer Erschöpfungsneurasthenie Magenbeschwerden schlimmster Art bekam (bei im übrigen völlig normalen Magenverhältnissen), hatte solche psychisch bedingte Magenstörungen als aufgepfropfte Symptome in hohem Mafse. Es erscheint uns wichtig, darauf zu achten, weil derartige Beschwerden psychisch behandelt werden müssen, wie anderen Ortes auseinandergesetzt wurde.

Ebenso wie psychische Momente und Infektionskrankheiten spielen auch chronische Erkrankungen der Organe eine grofse Rolle in der Ätiologie der erworbenen Neurasthenie. Wir begegnen hier zwei Möglichkeiten: 1. die chronische Organerkrankung (z. B. der Leber, der Nieren, des Darms) unterhält die Neurasthenie, die bald nach der Heilung der sie auslösenden Ursache verschwindet; 2. die Neurasthenie und mit ihr die Dyspepsie überdauert die geheilte chronische Organerkrankung. Es bedarf also bei solchen Fällen einer genauen Anamnese, um zu wissen, worauf man therapeutisch sein Augenmerk zu richten hat, entweder also auf das kranke Organ, oder auf die Neurasthenie.

Eine eigenartige Stellung nehmen hier die chronischen organischen Magenerkrankungen ein. Es unterliegt keinem Zweifel, und dies ist von zahlreichen Autoren bestätigt worden, dafs diese eine Nervöse Dyspepsie hervorrufen können. Wir haben dann eine Überlagerung oder gar Überwucherung der organisch bedingten Beschwerden durch nervöse. Es handelt sich um analoge Bilder, wie Krehl sie für gewisse Erkrankungen des Herzens geschildert hat. Es wird in jedem einzelnen Falle recht schwierig zu entscheiden sein, wieviel auf Rechnung des organischen Leidens oder der Neurasthenie zu setzen ist. Es können nämlich ganz ge-

Digitized by Google

ringgradige organische Erkrankungen des Magens schwere Neurasthenien mit dyspeptischen Beschwerden zeitigen. Hier wäre trotz des organischen Grundcharakters eine kausale Therapie wohl wenig angezeigt. Der Ansicht entsprechend, zu welcher man sich bekehrt, wird man sein therapeuthisches Handeln einrichten.

Besonders bemerkenswert sind in der Pathologie der chronischen Magenerkrankungen die Gastroptose, der chronische Magenkatarrh und die Atonie des Magens. Es dürfte wohl zweckmäfsig sein, diese Anomalien etwas eingehender zu besprechen, weil sie sich so sehr häufig mit nervös-dyspeptischen Beschwerden vereinigen und diese letzten dann in ihrer Tragweite unterschätzt werden.

Zweifellos stehen Gastroptose und Atonie in engem Zusammenhang. Einige (Fleiner u. a.) halten die Gastroptose für das Primäre und glauben, dafs die Atonie erst sekundär durch Überdehnung der Wand des gesenkten Magens entstehe. Andere, z. B. Stiller und Kuttner, sind im Gegensatz hierzu der Meinung, dafs die Atonie zuerst auftrete und die Gastroptose bedinge.

Es ist nun aufserordentlich interessant, zu verfolgen, welche Wandlungen die Anschauungen über Gastroptose und Atonie durchgemacht haben, um so mehr als von jeher betont wurde, dafs die an Gastroptose Leidenden fast ausnahmslos nervöse Erscheinungen darbieten. In ihrer Vielgestaltigkeit ähnelt die Symptomatologie der Gastroptose aber sehr derjenigen der Nervösen Dyspepsie. Somit grenzen wir eng an deren Gebiet.

Es gilt drei Fragen zu beantworten: 1. Sind die nervösen Erscheinungen sekundär, Folgen der Gastroptose, sei es auf mechanischem Wege (Zerrung der Nerven) oder infolge einer Neurasthenie? 2. Sind die nervösen Erscheinungen primär und die Gastroptose sekundär, oder irrelevanter Nebenbefund? 3. Kommt eine Gastroptose ohne Magenbeschwerden und ohne nervöse Erscheinungen überhaupt vor? Zur Beantwortung dieser Fragen bedarf es eines kurzen historischen Überblicks.

Es unterliegt keinem Zweifel, und das ist wohl heutzutage auch allgemein anerkannt, dafs die Glénardsche Lehre von der Bedeutung der Entero- und auch der Gastroptose für das Zustandekommen nervös-dyspeptischer Störungen sehr überschätzt wurde. Glaubte man doch anfangs bei jeder Nervösen Dyspepsie, die mit Entero- oder Gastroptose einherging, diese körperliche Anomalie für den ganzen Symptomenkomplex verantwortlich machen zu dürfen. Im Gegensatz dazu betont schon Leo, dafs die Gastroptose ohne alle Beschwerden verlaufen könne und oft als zufälliger Befund erhoben werde. Als einer der ersten nahm Bial Untersuch-

Digitized by Google

ungen an einem gröfseren Material auf. Unter 50 Männern, bei denen er das Bestehen einer Gastroptose vermuten durfte, fand er 36 Gastroptotiker, von welchen 17 (also nahezu 50%) keinerlei Beschwerden infolge der Lageanomalie des Magens hatten.

Bial bringt ferner zur kritischen Beleuchtung der ganzen Frage zwei Krankengeschichten von Individuen, bei welchen neben hochgradiger Gastroptose nervösdyspeptische Erscheinungen bestanden. Diese letzten brachte er durch Suggestivbehandlung völlig zum Verschwinden, während die Ptose des Magens symptomlos weiter bestand. Er ist der Ansicht, dafs in zahlreichen Fällen von Gastroptose, bei welchen eine Binde die Beschwerden zum Schwinden bringt, nicht dieser, sondern der Suggestivwirkung der therapeutische Erfolg zuzuschreiben ist. Er vermochte nämlich mit Hilfe der Magendurchleuchtung nachzuweisen, dafs eine Binde keineswegs imstande ist, den Magen tatsächlich zu heben.

Meinert fand unter 29 noch nicht geschlechtsreifen Mädchen, welche er zwecks Aufnahme in eine Dienstbotenlehranstalt in Dresden zu untersuchen hatte, 28mal symptomlos verlaufende Gastroptose.

Kellogg stellte bei 250 sexualkranken Frauen 232mal Prolaps des Magens und des Darms fest. Hertz beobachtete bei 50 sezierten Frauenleichen nur 5mal annähernd normale topographische Verhältnisse der Baucheingeweide.

Auch Kuttner gibt zu, dafs ein Teil der Individuen mit Gastroptose keinerlei Magenbeschwerden hat. Er fand, was späterhin von anderen Autoren bestätigt wurde, bei Gastroptose normale Sekretions- und Motilitätsverhältnisse, aber auch Hypo- und Hyperacidität und Motilitätsstörungen — die gleichen Anomalien, wie sie für die Nervöse Dyspepsie festgestellt worden sind.

Kuttner unterscheidet lokale Störungen der Gastroptose und nervöse. In welchem Zusammenhang diese stehen, ist nach seiner Meinung um so schwieriger zu entscheiden, als es einerseits zahlreiche Fälle gibt, in denen Neurasthenie und Dyspepsie bei normalem Situs der Eingeweide beobachtet werden, und es andererseits gelingt, neurasthenisch-dyspeptische Beschwerden zu beseitigen, obgleich die Dislokation der Baucheingeweide unverändert fortbesteht. Nach Kuttner ist der Symptomenkomplex der Gastroptose so wenig charakteristisch, dafs er kein einheitliches Krankheitsbild von diesem Leiden zu geben vermag.

Bedeutsam für die klinische Wertung der Gastroptose ist die Ansicht von Straufs die ganz auf Stillers Lehre fufst. Er meint, dafs bei einer grofsen Anzahl von Gastroptosen die nervösen Erscheinungen den Magensymptomen koordiniert sind, dafs beide ein

Digitized by Google

gleichwertiger Ausdruck der Minderwertigkeit der allgemeinen konstitutionellen Anlage darstellen.

Allzuweit übers Ziel schiefst wohl Elsner, der die Gastroptose für einen „an sich gleichgiltigen Zustand" hält, ebenso auch Déjérine, der die Gastro- und Enteroptose auf die Abmagerung bei Neurasthenie zurückführt und sie nur als deren Folgen angesehen haben will.

Sehr wichtig für die Ansicht über Symptome der Gastroptose sind die Untersuchungen von Dennig, der in Württemberg 2083 Personen die keinerlei Magenbeschwerden hatten, auf Gastroptose untersuchte und bei 66% (30% der Männer, 75% der Frauen) ausgesprochene Gastroptose fand.

Wir gaben mit Absicht wegen der Wichtigkeit der Sache eine etwas ausführlichere Übersicht über die Lehre von der Gastroptose. Eine Einigkeit ist heute noch nicht erzielt.

Wir glauben unsere Ansicht dahin resumieren zu dürfen:

1. Es gibt eine Fülle von Gastroptosen ohne Magen- oder nervöse Störungen.

2. Finden sich nervösdyspeptische Störungen und Gastroptose vereint, so können dies entweder koordinierte Symptome sein (Asthenia universalis congenita) oder, und das ist wesentlich häufiger, die Neurasthenie ist das Primäre und die Gastroptose irrelevanter Nebenbefund. Die Neurasthenie ist in den seltensten Fällen und nur dann Folgeerscheinung der Gastroptose, wenn diese einen sehr hohen Grad erreicht und mit erheblichen Störungen der Motilität und Sekretion einhergeht. Wir glauben mithin, dafs bei der erworbenen Neurasthenie (mit Dyspepsie!) die Gastroptose nur in der grofsen Minderzahl der Fälle als ätiologisches, also therapeutisch zu beeinflufsendes Moment angesprochen werden darf. Wir halten es wegen der verschiedenartigen Behandlung für aufserordentlich wichtig, sich bei jedem einzelnen Fall nach Möglichkeit klar zu machen, wie die Dinge liegen: Eine primäre Gastroptose gehört lokal behandelt, eine Nervöse Dyspepsie nicht.

Ganz ähnliche Überlegungen gelten für die Atonia ventriculi. Auch hier finden wir Sekretionsstörungen aller Art, auch mit ihr sollen nervöse Symptome fast immer vergesellschaftet sein. Plätschern und verlangsamte Entleerung des Magens, die objektiven Kardinalsymptome der Atonie, finden sich auch bei Gesunden und Nervösen. Es wird für den einzelnen Fall oft grofsen Scharfsinns bedürfen, um festzustellen, ob die Atonie Nebenbefund, koordiniertes Symptom oder Ursache des nervös-dyspeptischen Symptomenkomplexes ist. Bei den zwei letzten Möglichkeiten handelt es sich einmal um konstitutionelle Neurasthenie (Asthenie

Digitized by Google

Stillers), das andere Mal um eine durch Atonie hervorgerufene Neurasthenie.

Bezüglich der Diagnose des primären, ohne Ursache auftretenden chronischen Magenkatarrhs müssen wir die Forderung Leubes wiederholen, dafs man sich mit dieser Diagnose erst dann begnügen darf, wenn andere mit Dyspepsie einhergehende „Erkrankungen des Magens" mit annähernder Sicherheit ausgeschlossen werden können. Die Umgrenzung des primären chronischen Magenkatarrhs ist ebenso wie die der Gastroptose und der Atonie eine äufserst verschwommene. Psychische Veränderungen sind nach der Schilderung der Autoren fast immer festzustellen. Sollte es sich da nicht auch in der Mehrzahl der Fälle um primäre psychische Veränderungen (wie bei der I. Gruppe) mit Sekretionsanomalien handeln?

Wir können uns des Eindrucks nicht erwehren, dafs Gastroptose, Atonie und primärer chronischer Magenkatarrh wegen der jeweils beobachteten Sekretions- und Motilitätsstörungen in einer grofsen Zahl von Fällen mit Unrecht als die Ursache von Magenbeschwerden und nervösen Erscheinungen angesprochen werden. Man übersieht leicht das primäre psychische Moment und überschätzt die Sekretions- und Motilitätsanomalien, welche bei verschiedenen Formen der Nervösen Dyspepsie vorkommen, so dafs ein chronischer Katarrh oder eine Atonie vorgetäuscht werden kann.

Als Ursache der erworbenen Neurasthenie verdient mit einem Wort noch die Chlorose besprochen zu werden. Häufig zeitigen Blutanomalien eine Neurasthenie mit dyspeptischen Symptomen. Tatsächlich verschwinden ja auch die „chlorotischen Magenbeschwerden" (man pflegt dabei die Neurasthenie zu überspringen) mit der Heilung der Chlorose.

Die Differentialdiagnose der erworbenen Neurasthenie gegenüber den anderen mit Dyspepsie einhergehenden Neurosen ist bei Besprechung der verschiedenen Formen der Nervösen Dyspepsie bereits abgehandelt worden.

Die Prognose ist bekanntermafsen gut, falls es gelingt, die Ursache der Neurasthenie definitiv zum Verschwinden zu bringen, sie richtet sich mithin ganz nach der Ätiologie.

Die Therapie der dyspeptischen Zustände bei erworbener Neurasthenie hat sich nur auf letztere zu richten. Vor allen Dingen mufs die jeweilige Ursache der Neurasthenie beseitigt werden. Ist das gelungen, so wird geistige und körperliche Ruhe in Verbindung mit guter Ernährung die neurasthenischen Symptome bald zum Verschwinden bringen. Anderen Ortes wird man die Therapie

Digitized by Google

dieser Zustände ausführlich erörtert finden, so daſs wir verzichten können, darauf einzugehen. Das Hauptgewicht muſs auch bei dieser Form Nervöser Dyspepsie darauf gelegt werden, den Magen völlig unbehandelt zu lassen, falls nicht Magenerkrankungen die Ursache der Neurasthenie sind. Aber auch dann wird vorsichtiges Abwägen, wie oben angedeutet, notwendig sein.

Digitized by Google

III. Gruppe.

Nervöse Dyspepsie, erzeugt durch pathologische Veränderungen des Magennervensystems.

Wir bewegen uns beim Aufstellen dieser Gruppe völlig auf dem Boden der Hypothese, indem wir auf Befunde, die Jürgens 1882/1884 erhob, zurückgreifen. Dieser Autor berichtete über ca. 40 Kranke mit einer Atrophia gastrointestinalis progressiva, die an Symptomen litten, wie sie bei der Nervösen Dyspepsie geschildert werden. Jürgens fand nun bei der Autopsie eine totale Degeneration der muscularis mucosae des Magens und des Darms. „Der Plexus myentericus und der gröfste Teil der Darmmuskulatur waren fettig degeneriert. Innerhalb der Darmwand fand sich eine starke Varicenbildung, deren genaue Untersuchung nicht allein eine Degeneration der Venenmuskulatur, sondern auch in der Umgebung derselben eine Degeneration der sensibeln Nerven und des Meifsnerschen Plexus ergab. Die im übrigen gut erhaltenen Ganglienzellen zeigten sich um mindestens die Hälfte geschwunden. Von seiten des übrigen Abdominalnervensystems war etwas Abnormes sonst nicht zu finden.“ So verheifsend diese Befunde als pathologisch anatomische Grundlage gewisser nervösdyspeptischer Zustände auch erscheinen mögen, so mufs man doch bedenken, dafs deren Erhebung 25 Jahre zurückliegt und wie unvollkommen damals die histologischen Untersuchungsmethoden noch waren. Zu dieser Zeit gab es weder eine elektive Zellfärbung, noch eine isolierte Darstellung der Axenzylinder, noch kannte man eine Methode, Magen- und Darmwand dergestalt überlebend zu fixieren, dafs das Eintreten der an diesen Organen so schnell sich vollziehenden postmortalen Veränderungen hätte ausgeschlossen werden können. Das Hauptkriterium des Zerfalls der Nervenfasern, die fettige Auflösung der Markscheiden, kommt aufserdem für das aus nackten Axenzylindern bestehende sympathische Geflecht nicht in Betracht. Schliefslich sind die damals üblichen Methoden der Fixierung mit chromsauren Salzen, und die Färbung mit Carmin und Hämatoxylin recht ungünstige Vorbedingungen für die Darstellung der feinen Zellstrukturen und deren krankhafte Veränderungen. An den heutigen histologischen Kriterien gemessen sind die Befunde von Jürgens

Digitized by Google

als unzureichend zu erachten für die sichere Feststellung organischer Veränderungen des visceralen Nervensystems. Sie entbehren durchaus der Sicherheit, deren wir bedürfen, um das Verhältnis von Ursache und Wirkung an der Hand des anatomischen Substrats und des klinischen Bildes zu erkennen und zu beurteilen. Leider scheinen derartige Untersuchungen in den folgenden Jahren, speziell in der neueren Zeit mit den weitaus besseren Methoden nicht mehr gemacht worden zu sein, wenigstens vermochten wir in der Literatur keine entsprechenden Hinweise mehr zu finden. Wie die Dinge liegen, bleibt also für jetzt die Frage noch unentschieden, ob es pathologisch anatomische Veränderungen des Magennervensystems gibt, welche imstande sind, den Symptomenkomplex der Nervösen Dyspepsie, und nur diesen zu zeitigen.

Für vereinzelte unbestimmte Magenerkrankungen müfste man nach unserem Ermessen allerdings die gleiche Forderung aufstellen, wie Krehl sie für gewisse Herzerkrankungen fixierte. Es handelt sich hier wie dort um nicht rein nervöse (d. h. psychische) Störungen und auch nicht um mit den bekannten Methoden nachweisbare pathologisch anatomische Veränderungen des betreffenden Organs, sondern um uns heutzutage noch unbekannte Veränderungen in dem Organ selbst. Wo diese Abweichungen von der Norm zu suchen sind, wissen wir nicht. Hier eröffnet sich zweifellos noch ein weites Feld für eingehende mikroskopische Untersuchungen bei den einschlägigen Fällen. Es wären zu dieser Gruppe vielleicht die seltenen Fälle von Nervöser Dyspepsie zu rechnen von welchen die Autoren berichten, dafs sie nur vage Magensymptome und keinerlei nervöse resp. psychische Veränderungen aufweisen. Wir haben derartige Kranke nie gesehen.

Klinische Beobachtungen scheinen zu lehren, dafs auch reflektorisch, durch Erkrankungen anderer Unterleibsorgane die Symptome der Nervösen Dyspepsie manchmal ausgelöst werden können. So machte Senator darauf aufmerksam, dafs einer seiner Kranken, der das Symptomenbild der Nervösen Dyspepsie bot, völlig gesundete, als er von einer Tänie befreit worden war. Wanderniere und Gallensteine sollen zu ähnlichen Symptomenkomplexen führen.

Glénard führte bei dem Aufstellen seiner Enteroptoselehre an, dafs nach seiner Meinung sehr häufig die nervösdyspeptischen Beschwerden auf grob mechanischem Wege durch Zerrung der Nerven erklärt werden können. Seine Heilungen erklärte er durch Wegfall dieses Zuges. Wir wagen nicht zu entscheiden, ob man diese auf den ersten Blick so plausibel klingende Erklärung für alle Fälle verwerfen und als reine Suggestivtherapie ansprechen mufs, oder ob wirklich hie und da Fälle vorkommen, bei welchen der Symp-

Digitized by Google

tomenkomplex durch mechanische Momente erklärt werden muſs. Unmöglich erscheint uns dies nicht. Auch hier könnte es sich eventuell wieder um Kranke ohne psychisch nervöse Symptome handeln.

Auf dem direkten Nervenweg kommen angeblich auch die Magenstörungen zustande, die durch krankhafte Veränderungen der Geschlechtsorgane, speziell der weiblichen, erzeugt werden sollen. Auch hier fehlen bei den mitgeteilten Beobachtungen genaue psychische Untersuchungen. Ganz besonders spielt der retroflektierte Uterus in der Ätiologie der Nervösen Dyspepsie eine gewisse Rolle. Über ausgezeichnete Heilungen von Magenstörungen durch Aufrichten und Fixieren retroflektierter uteri berichten Eisenhart, Theilhaber, Braun, Panecki. Kisch spricht sogar von einer Dyspepsia uterina. In neuerer Zeit sind W. A. Freund und Erwin Kehrer in ausführlichen Arbeiten auf die nervösen Beziehungen zwischen Genital- und Magenerkrankungen eingegangen.

Zum Verständnis dieser Beziehungen gibt es verschiedene Erklärungsmöglichkeiten. Einmal kann man annehmen, daſs Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane auf dem direkten Nervenweg Magenstörungen hervorrufen. Prinzipiell verschieden ist der Standpunkt, der annimmt, daſs durch die Genitalerkrankung eine Neurasthenie (erworbene Form) mit begleitenden Magenstörungen entstehe. Bei beiden Möglichkeiten würde eine Heilung des Genitalleidens ein Verschwinden der Magenerscheinungen mit sich bringen. Die dritte Möglichkeit wäre die, und hier berühren wir Stillersche Anschauungen — daſs die Retroflexio uteri den nervösen Magenerscheinungen gleichberechtigte Ausdrucksformen konstitutioneller Minderwertigkeit seien.

Wahrscheinlich können alle drei, im Prinzip recht verschiedene, Möglichkeiten vorkommen. Uns will jedoch scheinen, daſs der direkte Nervenweg der seltenste, die beiden anderen die häufigeren sind. Auf eine vierte Möglichkeit wäre aber mit Nachdruck hinzuweisen, daſs der Genitalbefund nebensächlicher Art sein kann und die Dyspepsie psychischen Momenten, wie in den vorhergehenden Gruppen ausgeführt, ihre Entstehung verdankt. Dann würde eine Lokalbehandlung der Geschlechtsorgane entweder suggestiv nützen, oder ablenken, oder aber schaden. Sicherlich bedarf es aber auch bei Nervösdyspeptischen mit Genitalleiden eingehendster psychischer Analyse zum Verständnis des Entstehens der einzelnen Symptome. Hier sollte seitens der Gynäkologen mehr als es bisher im allgemeinen zu geschehen pflegt auf die psychische Untersuchung Wert gelegt werden, die so vielerlei Erklärungsmöglichkeiten in sich birgt.

Digitized by Google

IV. Gruppe:

Störungen der inneren Sekretion als Ursache des nervös-dyspeptischen Symptomenkomplexes.

Der Vollständigkeit halber sollen noch zwei Erkrankungen genannt werden, welche gar nicht so selten unter dem Bilde der Nervösen Dyspepsie beginnen: die Basedowsche und die Addisonsche Krankheit. Wir hören dann dieselben vagen Klagen über Magenbeschwerden bald vor, bald nach der Nahrungsaufnahme, über Gefühl der Völle usw. und vermissen fast nie auch psychische Veränderungen, wie sie die Psychopathen darbieten. Die Kranken klagen über innere Unruhe, gesteigerte Erregbarkeit, deprimierte Stimmung usw. Eine genaue körperliche Untersuchung wird bei den einschlägigen Fällen stets die Symptome des Morbus Basedowii ergeben. Die Addisonsche Krankheit ist selten und wird oft garnicht oder nur sehr spät diagnostiziert, weil man an eine solche Möglichkeit nicht denkt. Der rapide Verfall der betreffenden „Nervösdyspeptischen" sowie Zeichen der Tuberkulose anderer Organe als der Nebennieren werden den richtigen Weg weisen.

Prognose und Therapie richten sich natürlich auch hier nach der zugrunde liegenden Krankheit und brauchen ebenso wie die Differentialdiagnose nicht des Näheren erörtert zu werden.

Digitized by Google

III. Kapitel.

Zusammenfassung.

Es erübrigt uns noch, die auf den vorhergehenden Blättern vertretenen Anschauungen kurz zusammenzufassen. Vor allem versuchten wir darzulegen, dafs die Nervöse Dyspepsie niemals eine Erkrankung des Magens ist. Wie ein roter Faden sollte sich fernerhin durch alle Gruppen die leitende Idee ziehen, dafs es eine selbständige Erkrankung „Nervöse Dyspepsie" nicht gibt, ebensowenig wie man „Gelbsucht" oder „Wassersucht" noch als selbständige Krankheitsbilder aufstellt. Wir haben es vielmehr bei der Nervösen Dyspepsie mit einem Symptomenkomplex zu tun, der sich aus sehr vielgestaltigen Magensymptomen und noch wechselvolleren psychischen Symptomen zusammensetzt. Diese letzten sind mit verschwindenden Ausnahmen das primäre Moment. Auf ihr Studium ist das Hauptgewicht zu legen, da, wie wir gesehen haben, diese psychischen Veränderungen zu ganz verschiedenartigen Neurosen oder Psychoneurosen gehören können. Eine eingehende und gründliche Untersuchung des Magens ist unumgänglich notwendig. Man bedenke in allen Fällen, dafs neben einer zweifellosen Psychoneurose auch einmal ein organisches Magenleiden (z. B. Carcinom) bestehen kann. Die speziell von französischer Seite vorgebrachten Bedenken, durch die Sondierung dem Kranken psychisch zu schaden, halten wir nicht für stichhaltig. Takt und Geschicklichkeit des Arztes werden den eventuell hierdurch verursachten Schaden schnell überwinden. Haben wir aber bei den einschlägigen Fällen auf Grund eingehender Magenuntersuchungen festgestellt, dafs eine Erkrankung dieses Organs ausgeschlossen ist, dann müssen wir in jedem einzelnen Fall den Versuch machen, auf Grund der genauen Kenntnis der Vorgeschichte des Kranken, sowie einer gründlichen Analyse der gesamten Persönlichkeit eine Diagnose der vorliegenden Psychoneurose zu machen.

Wie wichtig dies für jeden einzelnen Fall ist, erhellt aus den Ausführungen des II. Kapitels. Die Prognose des nervösdyspep-

Digitized by Google

tischen Symptomenkomplexes ist generaliter ebensowenig abzuhandeln wie die der Gelbsucht. Hier wie dort hängt die Prognose durchaus von der Ursache ab, bis zu einem gewissen Grade natürlich auch von einer rationellen Therapie. Man wird aber jedenfalls für die meisten Fälle eine bestimmte Prognose zu stellen wohl imstande sein. So leitet uns alles daraufhin, den jeweiligen Ursachen der „Nervösen Dyspepsie" nachzugehen, schon allein um in den Stand gesetzt zu sein, eventuell eine kausale Therapie treiben zu können.

Bezüglich der Therapie kann man das eine zusammenfassend wohl bemerken: Eine Magenbehandlung, sei es durch diätetische Vorschriften, durch lokale Applikationen, durch Spülungen, durch Medikamente ist für die übergrofse Mehrzahl der Fälle nicht am Platze. Es sei denn, dafs man sich, wie im Kapitel II auseinandergesetzt, auf den für den Kranken nicht ungefährlichen Weg begibt, durch die Magenbehandlung suggestiv wirken zu wollen. Es mufs einleuchtend erscheinen, dafs man ein Organ, das nicht erkrankt ist, auch nicht mit Nutzen behandeln kann.

Wir legen ganz besonderen Wert darauf zu betonen, dafs auch keine Diätvorschriften bei Nervöser Dyspepsie gegeben werden sollen, sondern dafs der Kranke volle Kost bekommt. Nur so kann ihm der Glaube genommen werden, dafs er eine Magenerkrankung habe. Die Therapie sei jedem einzelnen Fall angepafst und eine vorwiegend psychische.

Die grofse Frage bleibt nach wie vor die: Wieso kommen bei psychisch-nervösen Störungen Beschwerden von seiten des Magens überhaupt zustande, wieso können diese letzten ganz im Vordergrunde stehen? Darauf müssen wir die Antwort schuldig bleiben. Die glänzenden Untersuchungen Pawlows und seiner Schüler zeigten zum Verständnis dieser Frage nur, dafs die Beziehungen zwischen Zentralnervensystem und Verdauungstraktus aufserordentlich feine sind. Wahrscheinlich sind sie noch unendlich viel feiner reguliert und abgestuft, als wir mit unseren heutigen Untersuchungsmethoden zu erkennen vermögen. Was Motilität und Sekretion des Magens anlangt, so scheinen hier zwischen Psyche, Nervensystem und Magen die allerkompliziertesten Verbindungen zu bestehen. Zum Verständnis der Nervösen Dyspepsie wird es also nötig sein, diesen Beziehungen nachzugehen. Das letzte Wort wird hier die Physiologie zu sprechen haben.

Zu einem strittigen Punkt möchten auch wir noch Stellung nehmen. Die Frage, ob es nervös-dyspeptische Störungen ohne nervöse Symptome gibt, ist von den einzelnen Autoren sehr verschieden beantwortet worden. Wir glauben, dafs bei Nervöser

Digitized by Google

Dyspepsie psychischnervöse Symptome stets gefunden werden, wenn man nur eingehend genug psychisch untersucht. Wir vermiſsten sie bei den einschlägigen Fällen niemals. Bei Nervöser Dyspepsie ohne nervöse Symptome handelt es sich nach unserer Auffassung um eine Magenerkrankung, mithin um eine Krankheit, die mit der eigentlichen Nervösen Dyspepsie nichts zu tun hat. Es wird darauf ankommen, durch verfeinerte Untersuchungsmethoden intra vitam, durch makroskopische und mikroskopische pathologisch-anatomische Untersuchungen post mortem diese Bilder einer gesonderten selbständigen Krankheitsgruppe zuzuteilen.

Digitized by Google

Literaturverzeichnis.

Albu, Die Autointoxikationen des Intestinaltraktus. Berlin 1895.

Allen, Examination of the stomach contents in the insane (Amer. journ. of insanity Bd. 58).

Alt, Über das Entstehen von Neurosen und Psychosen auf dem Boden von chronischen Magenkrankheiten (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1892, Bd. 24).

Barras, Traité sur les gastralgies et les entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et de l'intestin 1829.

Beard und Rockwell, Prakt. Abhandlung über die medizin. und chirurg. Verwertung der Elektrizität usw. Deutsche Bearbeitung von Vater. Prag 1874.

Beard, die Nervenschwäche. Nach der dritten Auflage ins Deutsche übertragen von Neisser. Leipzig 1886.

Bial, Manfred, Über den Tiefstand des Magens bei Männern (Berliner Klin. Wochenschrift 1896, No. 50).

Bial, Manfred, Über die Beziehungen der Gastroptose zu nervösen Magenleiden (Berliner Klinische Wochenschrift 1897, No. 29).

Binswanger, Otto, die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1896.

Blondel, Psychonévroses und psychothérapie (Revue de Paris, 1 juin 1907).

Boas, I., Über periodische Neurosen des Magens (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1889).

Boas, I., Über den heutigen Stand unserer Kenntnisse von der Pathologie und Therapie der Motilitätsstörungen des Magens (Therap. Monatshefte 1896 Heft 1).

Boas, I., Über Nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie (Berliner Klinik, Nov. 1901).

Boas, I., Diagnose und Therapie der nervösen Magendarmerkrankungen (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1905 No. 33).

Boas, I., Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 5. Auflage 1907.

Bouveret, L., Traité des maladies de l'estomac. Paris 1892.

Bouveret, L., La neurasthénie. Übersetzt von Otto Dornblüth. Leipzig 1893.

Borgherini, H., Digestionsstörungen als Ursache neuropathischer Erscheinungen (Wiener Medizinische Wochenschrift 1894 No. 14/15).

Bouchard, Leçons sur les auto-intoxications. Paris 1887.

Bourget, Louis, Die Krankheiten des Magens und ihre Behandlung. Verlag von Bergmann, Wiesbaden 1906.

Braun, G., Über den Zusammenhang von Neurosen des Magens und Uterinleiden (Wiener Medizinische Wochenschr. 1886 No. 41).

Bruen, E. T., Nervous dyspepsia (Philadelphia report 6. IV. 1889).

Digitized by Google

Brunton-Lander, Indigestion als Ursache nervöser Depression (Practitioner 1880 Vol. XXV.)
Bumke, Oswald, Landläufige Irrtümer in der Beurteilung von Geisteskranken. Wiesbaden, Verlag von Bergmann 1908.
Burkart, Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica (Dyspepsia nervosa). Bonn 1882.
Buxbaum, B., Physikal. Therapie der Erkrankungen der Verdauungsorgane. Stuttgart, F. Enke 1906.

Cantin, Traitement des dyspepsies par les agents physiques et en particulier du massage 1894.
Mc. Caskey, C. W., The neurasthenic symptoms of gastrointestinal disease (Med. record. 10. IX. 1899).
Cartellieri, P., Eine selten vorkommende Magenneurose (Wiener Allgemeine Medizinische Zeitung 1885).
Charcot, I. M., Leçons du mardi. Paris 1887/88
Chaudron, M. Les faux gastropathes (Thèse de Paris 1907).
Cherchewsky, Contributions à la pathologie des névroses intestinales (Revue de médicine 1883).
Cimbali, Le malattie nervose dello stomaco. Morgagni 1891.
Cohnheim, Paul, Über Atonie des Magens und ihre Beziehungen zum Plätschergeräusch und zur Gastrektasie (Berliner Klinische Wochenschrift 1903 No. 14).
Crämer, Friedrich, Magenerweiterung, motorische Insuffizienz und Atonie des Magens, München 1903.
Crämer, Friedrich, Darmatonie (Dyspepsia nervosa, Dyspepsia intestinalis flatulenta). München 1906.
Cullen, William, Anfangsgründe der praktischen Arzneykunst. II. Ausg. Leipzig 1789.

Debove und Reinard, Traité des maladies de l'estomac, Paris.
Decker, Über Nervöse Dyspepsie (Münchner Medizinische Wochenschrift 1889).
Déjérine, J., Semiologie du systéme nerveux. Traité de pathologie générale (Bouchard, Tome VI.).
Déjérine, J., Le Traitement des psychonevroses à l'hôpital par l'isolement (Revue neurologique 1902).
Déjérine, J., und E. Gauckler, Les faux gastropathes (Presse médicale 1906, no. 25/26).
Deniau, Lucien, De l'hystérie gastrique. Paris 1883.
Dennig, H., Über Gastroptose mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verbreitung in Württemberg (Korrespondenzblatt des Württemb. Landesver. 1903, No. 18).
Donath, J., Zum heutigen Stande der Lehre von der Enteroptose (Wiener Medizinische Wochenschrift 1903, No. 27/28).
Dreyfus, Georges L., Die Melancholie ein Zustandsbild des Manisch-depressiven Irreseins. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1907.
Dubois, Paul, Über nervöse Störungen des Appetits und der Verdauung (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1893).
Dubois, Paul, Des troubles gastrointestinaux du névrosisme (Revue de médecine Paris 1900, no. 7; 10. juillet).
Dubois, Paul, Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung. Bern 1905.
Dubois, Paul, Die Einbildung als Krankheitsursache (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens Heft 48, 1907).

Digitized by Google

Dujardin-Beaumetz, Neurasthénie gastrique et son traitement (Leçons de l'hôpital Cochin, in „the therapeutic gazette" 15. Januar 1890).
Dunin, Th., Über den Begriff der Neurasthenie (Berliner Klinische Wochenschrift 1906, No. 39).

Ehrlich, Ist die schmerzhafte Magenleere eine nervöse Erkrankung? (Münchener Medizinische Wochenschrift 1904).
Einhorn, Max, Die Krankheiten des Magens. Berlin 1898.
Einhorn, Max, Bemerkungen zur Enteroptose (Zeitschrift für praktische Ärzte 1901, No. 7/8).
Einhorn, Max, Fälle von Enteroptose und Cardioptose mit Rückkehr zur Norm (Berliner Klinische Wochenschrift 1906, No. 34).
Eisenhart, Wechselbeziehungen zwischen internen und gynäkologischen Erkrankungen 1895.
Elsner, Magenplätschern und Atonie (Berliner Klinische Wochenschrift 1901, No. 16).
Ewald, C. A., Die Nervöse Dyspepsie (Verhandlungen des III. Kongresses für innere Medizin 1884).
Ewald, C. A., Über Enteroptose und Wanderniere (Berliner Klinische Wochenschrift 1890, No. 12/13).
Ewald, C. A., Klinik der Verdauungskrankheiten. Bd. II, 3. Aufl., 1893.
Ewald, C. A., „Magenkrankheiten" in Eulenburgs Realenzyklopädie. 3. Aufl., 1897.
Ewald, C. A., Chloral bei Magenneurosen (Therapeutische Monatshefte 1899).

Fahr, K., Die chronische Gastritis (Wiener Medizinische Wochenschrift 1906, No. 50).
Fenwick, S., The morbid states of the stomach and duodenum (London 1868).
Fenwick, S., On atrophie of the stomach and on the nervous affections of the digestive organs. London 1880.
Féré, Ch., Contribution à l'étude des accidents névropathiques de l'indigestion (Revue de médecine, janvier 1902).
Fischl, L., Nervöse Dyspepsie (Referat Münchner Medizinische Wochenschrift 1906).
Fleiner, Wilhelm, Über Neurosen gastrischen Ursprungs mit besonderer Berücksichtigung der Tetanie und ähnlicher Krampfanfälle (Archiv für Verdauungskrankheiten Band I, Heft 3).
Fleiner, Wilhelm, Über die Beziehungen der Form- und Lageveränderungen des Magens und des Dickdarms zu Funktionsstörungen und Erkrankungen dieser Organe (Münchner Medizinische Wochenschrift 1895).
Fleiner, Wilhelm, Krankheiten der Verdauungsorgane. 1896.
Fleischer, R., Lehrbuch der inneren Medizin Band II, Heft 2. Wiesbaden 1896.
Flemming, Über die pathologischen Beziehungen der Verdauungsanomalien zu der Geistesverwirrung (Allgemeine Zeitschrift für Physiologie Band II, 1845).
Frank, Zusammenhang zwischen Genitalaffektionen und Magenbeschwerden (Archiv für Gynäkologie Band 45, 1893, Heft 1).
Frémont, M., Classifications des dyspepsies (Bulletin thérapeut. 23/7, 1901).
Freund, W. A., Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Verdauungsorganen (Ergebnisse der Allgemeinen Pathologie, Wiesbaden 1898).
Fürbringer, Über Magenschwäche (Berliner Klinische Wochenschrift 1893, No. 13).

Digitized by Google

Garland, M., Gastric neurastenia (Boston. med. Journ. 3. X. 1889).
Geigel und Abend, Salzsäuresekretion bei Dyspepsia nervosa (Virchows Archiv 1892).
Glatz, Atonie de l'estomac (Progrès médical).
Glatz, Névroses et dilatation de l'estomac (Revue médicale de la Suisse romande 1885).
Glatz, Diagnostic et traitement des affections de l'estomac. Lyon médical 1887.
Glatz, Dyspepsies nerveuses et neurasthénie (Paris 1898).
Glax, Julius, Über Nervöse Dyspepsie (Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark für das Jahr 1878).
Glax, J., Über den Zusammenhang nervöser Störungen mit den Krankheiten der Verdauungsorgane und über Nervöse Dyspepsie (Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge No. 223).
Glax, J., Rohitsch Sauerbrunn während der Saison 1885. Graz, bei Leuschner & Lubenski, 1886.
Glax, J., Über die Neurosen des Magens (Klinische Zeit- und Streitfragen Bd. I, Heft 6). Wien 1887.
Glénard, Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse (Lyon médical, mars 1885).
Glénard, Enteroptose et neurasthénie (Société medic. des hôpitaux de Paris, 15. Mai 1886).
Glénard, A propos d'un cas de neurasthénie gastrique (entéroptose traumatique) (Province médicale, 7 avril 1887).
Glénard, Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose (Lyon médicale, juin et juillet 1887).
Glénard, Dyspepsie nerveuse, détermination d'une espèce. Paris 1887.
Glénard, Neurasthénie gastrique. Paris 1887.
Glénard, De l'entéroptose (Presse medicale belge). Bruxelles 1889.
Glénard, Les ptoses. Paris 1903.
Graul, Gaston, Die nervöse Dyspepsie des Magens und deren Behandlung (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin 1905).
Griesinger, W., Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1861, II. Aufl.
Grundzach, Einige Worte über die nicht karzinomatösen Formen von gänzlich aufgehobener Absonderung der Magensäure, resp. des Magensaftes (Berliner Klinische Wochenschrift 1887, No. 30).

Hecker, Ewald, Die Zyklothymie, eine zirkuläre Gemütserkrankung (Zeitschrift für prakt. Ärzte 1898, I).
Hegar, A., Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden. 1885.
Heller, Zur Therapie der Neurosen des Magens (Wiener Medizinische Presse 1890).
Hernandez, B., Dyspepsie hyposténique de puberté (Thèse de Paris 1905).
Herschet, G., On the treatment of nervous indigestion; on nervous neurasthenia (Edinb. journal, january 1902).
Hertz, Abnormitäten in der Form und Lage der Bauchorgane. Berlin 1894.
Hervé de Lavaur, De la dyspepsie nerveuse. Thèse de Paris 1885.
Herzog, L., Beitrag zur Kenntnis der Nervösen Dyspepsie (Zeitschrift für klinische Medizin 1890).
Herzog, L., Eine Studie zur Klinik der Nervösen Dyspepsie (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie 1898, Bd. II).

Digitized by Google

Herzog, Über die Abhängigkeit gewisser Neurosen und Psychosen von Erkrankungen des Magendarmtraktus (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. 31).
Hildebrandt, W., Nervöse Störungen im Gefolge von Magenkrankheiten. Inaugural-Dissertation. Berlin 1891.
Hirsch, C., Über Magenstörungen bei Masturbanten (Berliner Klinische Wochenschrift 1908, No. 12).
Höckendorf, P., Die nervösen Magenerkrankungen und die allgemeine Nervenschwäche. Berlin, Verlag von Steinitz, 1908, II. Aufl.
Hoffmann, Rob., Diseases of the stomach (Maryland medical journal, 28. X. 1899).
Honigmann, Georg, Über die Neurosen des Magens (Zeitschrift für prakt. Ärzte 1897, No. 24).
Hughes, Charles H., Dyspepsia considered as a brain disease (The alienist and neurologist Vol. XXVI).
Hutchinson, Zur Lehre von der Neurasthenie (New-York medical record 1880, Vol. XXVIII).

Jaffé, Über Dyspepsia uterina (Memorabilien 1886).
Ihring, Die Nervöse Dyspepsie und ihre Folgekrankheiten (Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge No. 283).
Illoway, H., Nervous Dyspepsia (Medical record 1895).
Immermann, Nervöse Gastropathie (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1886).
Jones, Painful gastric neuroses, their nature, symptomatology und etiology (Med. news 1894).
Jürgens, Casuistische Mitteilung (Berliner Klinische Wochenschrift 1882, No. 23).
Jürgens, Verhandlungen des III. Kongresses für innere Medizin (1884).
Jürgensen, Chr., Über Abscheidung neuer Formen nervöser Magenkrankheiten (Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. 43).

Kaufmann, Martin, Die Magenatonie und ihre Behandlung. Zentralblatt für die gesamte Therapie. Wien, 1905, 9/10.
Kehrer, Erwin, Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum tractus intestinalis und besonders zum Magen (Verlag von S. Karger, Berlin 1905).
Kelling, Physikalische Untersuchung über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle, sowie über die Verlagerung und Vitalkapazität des Magens (Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, Neue Folge, No. 144, 1896).
Kemp, C., Some remarks on the relations of the gastrointestinal tract to nervous and mental diseases.
Kisch, H., Dyspepsia uterina (Berliner Klinische Wochenschrift 1883 Nr. 18).
Klemperer, Georg, Lehrbuch der inneren Medizin (Berlin 1905, Kapitel: Magenneurosen.
Koch, J. L. A., Die psychopathischen Minderwertigkeiten Ravensburg 1893.
Koziczkowsky, E. v., Beitrag zur Ätiologie der Magenneurosen (Berliner Klinische Wochenschrift 1897, No. 7).
Kraepelin, Emil, Lehrbuch der Psychiatrie (VII. Auflage 1904).
Krafft-Ebing, R., Lehrbuch der Psychiatrie (1903).
Krakauer, J., Über Dyspepsie in ihren proteusartigen Erscheinungen und deren Behandlung (Nach den Vorträgen des D. J. Milner, Fothergill-London, Wiener Klinik 1883, Heft 7/8).
Krehl, L., Über nervöse Herzerkrankungen und den Begriff der Herzschwäche (Münchner Medizinische Wochenschrift 1906, No. 48).

Digitized by Google

Krehl, L., Über „funktionelle" Erkrankungen (Theraphie der Gegenwart 1902).
Kufsmaul, A., Die peristaltische Unruhe des Magens nebst Bemerkungen über Tiefstand und Erweiterung desselben (Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1880, No. 18).
Kuttner und Dyer, Über Gastroptose (Berliner Klinische Wochenschrift 1897, No. 20).
Kuttner, L., Plätschergeräusch, Atonie und Gastroptose (Berliner Klinische Wochenschrift 1901, Nr. 50).
Kutueff, Neurasthenie, Herabsinken von Bauchorganen und gastrointestinale Atonie. 1894.

Lanceraux, Les dyspepsies (Semaine médicale).
Landau, Wanderleber und Hängebauch der Frauen (1885).
Leo, H., Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane.
Leo, H., Die funktionellen Krankheiten des Magens (Die deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrhunderts Bd. V).
Leube, W., Über Nervöse Dyspepsie (Deutsches Archiv für klinische Medizin 1879, Bd. 23).
Leube, W., Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten (Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. 30).
Leube, W., Die Nervöse Dyspepsie (Verhandlungen des III. Kongresses für innere Medizin 1884).
Leube, Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. VII. Aufl., 1904.
Leubuscher und Ziehen, Klinische Untersuchungen über die Salzsäure-Abscheidung des Magens bei Geisteskranken. Jena 1892.
Leva, J., Die nervösen Magenkrankheiten und ihre Behandlung in Tarasp. Zürich 1898.
Leven, Phénomènes nerveux liés à la dyspepsie, à la dilatation de l'estomac (Gazette des hôpitaux, 1880).
Leven, Maladie cérébro-gastrique. Paris 1882.
Leven, Estomac et cerveau (Gazette des hôpitaux 1885).
Leyden, E., Über periodisches Erbrechen (gastrische Krisen) nebst Bemerkungen über nervöse Magenaffektionen (Zeitschrift für klinische Medizin Bd. 4.
Liebmann, J., Some rare forms of motor. neuroses of the stomach (Boston journal 9. V. 1889).
Loening, Über den Einfluſs der Gastroptose auf die motorische Funktion des Magens (Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin 1905).

Malibran, Considération sur les troubles fonctionels de l'appareil neuro-musculaire gastrointestinal (L'union médicale 1891).
Malibran, Contribution à l'étude des ectasies gastriques.
Martin, S., Functional and organic diseases of the stomach. Edinburgh and London 1895.
Maas, Heije Archiv vor Geneesk. 1841. Seel I (Ref. Schmidts Jahrb. 36, 1842).
Mathieu, Albert, Dyspepsie nervomotrice (Gazette des hôpitaux 1891, No. 145).
Mathieu, A., Maladies de l'estomac (Traité de médecine, Tome IV). Paris 1894.
Mathieu et Roux, L'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques nerveux (Gazette des hôpitaux 1903).
Mathieu et Roux, L'hystérie gastrique et ses stigmates psychiques (Gazette des hôpitaux 1905).
Mathieu et Roux, Neurasthénie et dyspepsie chez les jeunes gens. (Gazette des hôpitaux 1905, No. 142).

Digitized by Google

Mathieu et Roux, L'hystérie gastrique et ses stigmates périphériques (Gazette des hôpitaux 1906).
Meinert, Über einen bei gewöhnlicher Chlorose des Entwicklungsalters anscheinend konstanten pathologisch-anatomischen Befund und über die klinische Bedeutung desselben (Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge 1895, 115/116).
Meyer, E., Über Autointoxikationspsychosen (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. 39, Heft 1, 1904).
Michaelis, Die Heilung der nervösen Verdauungsstörungen. 1892.
Milner-Fothergill, Dyspepsy.
Millon, Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique et épigastrique dans les dyspepsies. Thèse de Paris 1902.
Moebius, P. J., Schmidt's Jahrbücher 185, 199.
Moebius, P. J., Neurologische Beiträge.
Moebius, P. J., Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. I.
Müller, F. und Brieger, Autointoxikationen intestinalen Ursprungs (Referat auf dem Kongreſs für innere Medizin 1898).
Murdoch, F., Nervous dyspepsia (New-York med. journal Bd. LXVIII, 1898).
Murray, G. P., Nervous dyspepsia (Medical record 1899, No. 5).

Nonat, H., Traité des dyspepsies Paris 1862 (Schmidts Jahrbuch 118).
Noel, Les hémathéméses chez les névropathes. Thèse de Paris 1905.
v. Noorden, Karl, Klinische Untersuchungen über Magenverdauung bei Geisteskranken (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. XVIII, 1887.
v. Noorden, Karl, Über hysterische Vagusneurosen (Charité Annalen 1893).

Oppenheim, H., Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 4. Aufl., 1905.
Oser, Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung (Wiener Klinik 1885).
Ott, Über die Glénardsche Krankheit (Prager Medizinische Wochenschrift 1892).

Panecki, Retroflexio uteri und Magenneurose (Der Frauenarzt, VII. Jahrgang).
Pawlow, J. P., Die Arbeit der Verdauungsdrüsen (übersetzt von H. Walther, Wiesbaden 1898).
Pearce, F., The gastrointestinal tract in nervous disease (Boston med. journal 8. III, 1900.
Pel, K., Die Krankheiten des Magens (in Handbuch der praktischen Medizin, herausgegeben von Ebstein und Schwalbe Bd. II, 1900).
Penzoldt, Behandlung der Magenkrankheiten (Handbuch von Penzoldt und Stinzing 1896.
Perkham, G., Nervous dyspepsia (Med. record, 4. II 1899).
Peyer, Alexander, Über Magenaffektionen bei männlichen Genitalleiden (Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1890, No. 356).
Peyer, H., Beitrag zur Kenntnis der Neurosen des Magens und des Darms (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1888).
von Pfungen, R., Über Atonie des Magens (Klinische Zeit- und Streitfragen, Wien 1882, Heft 1—10).
Pick, Alois, Vorlesungen über Magen und Darmkrankheiten (Leipzig und Wien 1895.
Pick, Alois, Die Sensibilitätsneurosen des Magens (Wiener Klinische Wochenschrift 1901, No. 35 und 36).
Pick, Alois, Über Magenatonie (Wien 1902).
Placzek, S., Untersuchung des Mageninhalts bei Geisteskranken (Inaug. Diss. Jena 1890).

Digitized by Google

Popoff, P. M., Uber Magenkatarrh (Zeitschrift für klinische Medizin 1897, Bd. XXXII).
Pron, L'influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques (1907).

Raimann, Ein Fall von Cerebropathia psychica toxämica (Korssakow) gastrointestinalen Ursprungs (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Band XII).
Raymond, F., Névroses et psychonévroses (Paris 1907).
Rémond, Contribution à l'étude des névroses mixtes de l'estomac (Archives génér. de médecine 1890).
Richter, Über Nervöse Dyspepsie und nervöse Enteropathie (Berliner Klinische Wochenschrift 1882, No. 13).
Richter, August, Über nervöse Komplikationen der chronischen Gastritis (Archiv für Verdauungskrankheiten (Bd. VI, 1900).
Riegel, F., Beiträge zur Pathologie und Diagnostik der Magenkrankheiten (Deutsches Archiv für klinische Medizin 1885, Bd. XXXVI).
Riegel, F., Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten (Zeitschrift für klinische Medizin 1886 Bd. XI).
Riegel, F., Beiträge zur Lehre von den Störungen der Saftsekretion des Magens (Zeitschrift für klinische Medizin 1886, Bd. XI).
Riegel, F., Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten (Zeitschrift für klinische Medizin 1887 (Bd. XII).
Riegel, F., Die Erkrankungen des Magens (II. Aufl., herausgegeben von von Tabora, Wien 1908).
Robertson, Toxämia in the etiology of mental disease (Journal of mental science, Juli 1902).
Robin, Traitement des dyspepsies (Bulletin général thérapeutique 1896).
Robin, H., Classification des dyspepsies (Bulletin thérapeut, 23. VII, 1901).
Robin, Les maladies de l'estomac (II. Aufl., 1906).
Rodzajewski, D., Über die Digestionsdauer im Magen als diagnostische Methode, besonders bei Nervöser Dyspepsie nach Prof. Leube, (Petersburger Medizinische Wochenschrift 1885, No. 32—33).
Roemheld, L., Über die leichteren Formen der periodischen Störungen des Nerven- und Seelenlebens (Zyklothymie) (Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Bd. I, Halle 1906).
Romaro, V., Sopra un caso di neurosi dello stomaco (Gaz. med. lombarda 1899).
Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten (1853).
Rose, A., Atonia gastrica and a new method of its treatment (New-York med. journ. Mai 1901).
Rose, H., Is nervous dyspepsia a disease sui generis? (New-York med. journ. Sept. 1901).
Rose, H., und C. Kemp, Atonia gastrica (New-York, Funk & Wagnalls Company).
Rosenbach, O., Neurose des Vagus bei Dyspepsie (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1879, No. 42 und 43).
Rosenbach, O., Die Emotionsdyspepsie (Berliner Klinische Wochenschrift 1897, No. 4).
Rosenbach, O., Chloral bei Magenneurosen (Therapeutische Monatshefte 1899).
Rosenbach, O., Chloralhydrat als Sedativum bei manchen Formen Nervöser Dyspepsie (Therapeutische Monatshefte 1899, Heft 9).
Rosenberg, E., Klinisches und Experimentelles über Gastroptose (Berliner Klinische Wochenschrift 1906, No. 39).

Digitized by Google

Rosenheim, Th., Über die Magendouche (Therapeutische Monatshefte 1892, Heft 8).
Rosenheim, Th., Pathologie und Therapie der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens. Wien 1896.
Rosenheim, Th., Über Nervöse Dyspepsie. Referat, erstattet in der inneren Sektion des XII. internationalen Kongresses zu Moskau (Berliner Klinische Wochenschrift 1897, No. 42/44).
Rosenheim, Th., „Magenneurosen" in Eulenburgs Realenzyklopädie. 3. Aufl., 1897.
Rosenthal, Magenneurosen und Magenkatarrh sowie deren Behandlung. Wien 1886.
Rofsbach, Nervöse Gastroxynsis als eine eigene, genau charakterisierbare Form der Nervösen Dyspepsie (Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. 35).
Rovari, Zur Frage der Heilbarkeit der chronischen Gastritis (Berliner Klinische Wochenschrift 1906, No. 28).
Ruillier, Des troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques (Thèse de Paris 1900).

Sadger, J., Die Hydriatik der Nervösen Dyspepsie und der organischen Magenaffektionen (Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XII, 1906).
Sandoz, Des troubles nerveux dans la dyspepsie (Revue médicale de la Suisse 1891).
Schellhaas, Beiträge zur Pathologie des Magens (Deutsches Archiv für klinische Medizin 1885, Band 36).
Schnyder, L., J. P. F. Barras (1789-1851). Ein Kapitel aus der Geschichte der Magen- und Darmneurosen (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901, No. 18).
Schroeder van der Kolk, J. L. C., Die Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten (Braunschweig 1863).
Schroeder, Julius, Über Schmerzen beim Manisch-depressiven Irresein (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1907, No. 24).
Schüle, H., Handbuch der Geisteskrankheiten 1880, 2. Auflage.
Schüle, Über die Nervöse Dyspepsie (New-Yorker Medizinische Monatsschrift 1902, No. 11).
Schupfer, Beitrag zum Studium der anatomischen und klinischen Veränderungen des Magens, die nervösen Ursprungs sind (Il Policlinico XII. Jahrgang).
Sée, G., Anwendung der cannabis indica in der Behandlung der Neurosen und gastrischen Dyspepsien (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1890, No. 31, 32, 33, 34).
Senator, H., Diskussion auf dem 3. Kongrefs für Innere Medizin 1884.
Siegmund, Arnold, Über Magenstörungen bei Masturbanten (Münchener Medizinische Wochenschrift 1908, No. 31).
v. Sohlern, Zur Behandlung der nervösen Magenkrankheiten (Berliner Klinische Wochenschrift 1891).
v. Sölder, Über akute Psychosen bei Koprostase (Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie 1898).
Sommer, R., Depressionszustände und ihre Behandlung (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1908, No. 25).
Soupault, Les dyspepsies nerveuses (Paris 1893).
Soupault, M., und Leven, G., Dyspepsies in „Maladies de l'estomac". Herausgegeben von Bouveret (Paris 1906).

Digitized by Google

Stein, Nervöse Magenstörungen und deren Behandlung (Wiener Medizinische Wochenschrift 1905, No. 19).
Stiller, B., Die nervösen Magenkrankheiten. Stuttgart 1884.
Stiller, B., Über Enteroptose im Lichte eines neuen Stigma neurasthenicum (Archiv für Verdauungskrankheiten 1896).
Stiller, B., Die Lehre von der Enteroptose und Nervösen Dyspepsie auf Grund des Costalstigmas (Berliner Klinische Wochenschrift 1899).
Stiller, B., Magenplätschern und Atonie (Berliner Klinische Wochenschrift 1901, No. 39).
Stiller, B., Noch ein Wort über Magenatonie (Berliner Klinische Wochenschrift 1901, No. 50).
Stiller, B., Die asthenische Konstitutionskrankheit. Stuttgart, Ferd. Enke. 1907.
Strauſs, H., Einige praktisch wichtige Fragen aus dem Kapitel der Gastroptose (Berliner Klinik 1899).
Strümpell, Adolf, Einige Bemerkungen über das Wesen und die Diagnose der sogenannten Nervösen Dyspepsie (Deutsches Archiv für klinische Medizin 1902, Bd. 73).
Strümpell, Adolf, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. 16. Aufl. 1907.
Stürtz, Ein Fall von schwerer intestinaler Autointoxikation (Berliner Klinische Wochenschrift 1903).

Theilhaber, Beziehungen gastrointestinaler Affektionen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane (Münchener Medizinische Wochenschrift 1893, No. 47/48.

Verhogen, Sur les troubles digestifs des hystériques. Thèse de Bruxelles 1896.
Virchow, Rudolf, Historisches, Kritisches und Positives zur Lehre der Unterleibsaffektionen (Virchows Archiv Bd. V, 1853).

Wagner v. Jauregg, Über Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Autointoxikation (Wiener Klinische Wochenschrift 1896, No. 10).
Weber, L. W., Uber die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Halle, Verlag von Marhold, 1902.
Weiſsenberg, Zur Behandlung der nervösen Magenkrankheiten (Wiener Klinische Wochenschrift 1892).
Weygandt, Wilhelm, Über die Mischzustände des Manisch-depressiven Irreseins. München, J. F. Lehmann, 1899.
Wieſsner, Johannes, Diagnostische und therapeutische Untersuchungen über die Nervöse Dyspepsie. Inaugural-Dissertation. Berlin 1888.
Wilmanns, Karl, Die leichten Formen des Manisch-depressiven Irreseins (Zyklothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1906, No. 32.
Wolff und Ewald, Über das Fehlen der freien Salzsäure im Mageninhalte (Berliner Klinische Wochenschrift 1887).
Ziehen, Th., Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Halle, Verlag von Carl Marhold, 1907. II. Auflage.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fürstlich priv. Hofbuchdruckerei (F. Mitzlaff), Rudolstadt.

Digitized by Google

Die Pathologie der Nebennieren und der Morbus Addisonii.

Klinische u. anatomische Untersuchungen von Dr. **Alexander Bittorf,** Privatdozent und Assistent der medizinischen Klinik zu Breslau. 1908. Preis: 4 Mk.

Über die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände.

Weitere experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen. Von Dr. **Hans Berger,** Prof. der Psychiatrie an der Universität Jena. Mit einer Figur im Text und einem Atlas von 18 Tafeln. I. Teil. Preis für Text und Atlas: 20 Mk. II. Teil. Preis für Text und Atlas: 20 Mk.

Wiener klin. Wochenschrift Nr. 40 vom 6. Oktober 1904:

Der separat geheftete Atlas enthält auf 18 Tafeln 39×30 geradezu glänzende Reproduktionen von Originalkurven in natürlicher Größe, die als objektive Versuchsprotokolle einen bleibenden Wert haben.

Die Physiologie und Pathologie der Coordination.

Eine Analyse der Bewegungsstörungen bei den Erkrankungen des Zentralnervensystems und ihre rationelle Therapie. Von Dr. **Otfrid Foerster,** Assistent des Laboratoriums der psychiatrischen Klinik der Universität Breslau. Mit 63 Figuren im Text. 1902. Preis: 7 Mk.

Münchener med. Wochenschrift Nr. 43 vom 28. Oktober 1902:

Die klare und anregende Darstellungsweise, die immer auf bestimmte und gut gewählte Beispiele zurückgreift und durch Illustrationen unterstützt wird, sei besonders hervorgehoben. Sie macht das Buch auch für den anziehend, der dem Studium der Coordination nicht ein solches Interesse entgegenbringt, daß er sich ohne weiteres zur Lektüre einer so umfangreichen Abhandlung über diesen Gegenstand entschließt. Daß es mit der besonderen Berücksichtigung der Therapie den Praktikern einen guten Dienst erweist, ist bereits hervorgehoben.

Berliner klin. Wochenschrift Nr. 44 vom 3. November 1902:

Das Buch von Foerster ist nicht nur für den Neurologen anregend und belehrend geschrieben, sondern es stellt sicherlich auch eine Fundgrube für den Physiologen dar und ist für den Praktiker, der Tabiker mit der Übungstherapie behandeln soll, von größter Bedeutung.

Die Mitbewegungen bei Gesunden, Nerven- und Geisteskranken.

Von Dr. **Otfrid Foerster,** Assistent des Laboratoriums der psychiatrischen Klinik der Universität Breslau, Privatdozent an der Universität. Mit 2 Abbildungen im Text. 1903. Preis: 1 Mk. 50 Pf.

Untersuchungen über den feineren Bau des zentralen und peripherischen Nervensystems.

Von **Camillo Golgi,** Prof. der allgemeinen Pathologie und Histologie an der Universität Pavia. Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. R. Teuscher, Jena. Mit einem Atlas von 30 Tafeln und 2 Textfiguren. 1894. Preis: 50 Mk.

Handbuch der experimentellen Pathologie und Pharmakologie.

Von Dr. med. **R. Heinz,** Prof. an der Universität Erlangen. Erster Band. (Zwei Teile.) Mit 4 lithographischen Tafeln und 164 Abbildungen im Text nach Zeichnungen des Verfassers. 1905. Preis: 35 Mk. Zweiter Band. 1. Hälfte. Mit 81 Abbildungen im Text. 1906. Preis: 20 Mk.

Die Funktionen des Zentralnervensystems.

Ein Lehrbuch. Von Dr. **M. Lewandowsky,** Nervenarzt und Privatdozent an der Universität in Berlin. Mit einer lithographischen Tafel und 81 Abbildungen im Text. 1907. Preis: 11 Mk.

Münchener med. Wochenschrift Nr. 37 vom 10. September 1907:

. . . . . Das großzügig angelegte Werk, das mit seiner klaren Diktion, seiner geschickten Berücksichtigung der verschiedenartigsten Ansichten und seiner präzisen Kritik eine vortreffliche Einführung in das komplizierte Gebiet darbietet.

Digitized by Google

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before the date last stamped below.

Die Ana

Dr. **E. M**
Mit 36 A

Neues Wiener

. . . D
darisch ist und
kenntnis von
Zahl vorhande
kurzer Zeit in
Empfindungen'

Die Ursa

zu König

Die Neu

blems der
Nissl, a.

Centralblatt fü

Von de
Sollte dieses R
diese Lektüre
damit der Sach
wenn ein Fors
systems in so
vollständigen Z

Statistisch
logie
wechselkra

tnis des Phy-
chischen. Von
rte Auflage.

es Wissen soli-
enstaub der Er-
schon in großer
Zweifel das vor
ie Analyse der

E. Meyer, ord.
r Psychiatrie

n Beitrag zur
sung des Pro-
on Dr. **Franz**
2 Mk.

hoben werden.
würde, sollte
gen, so würde
dankenswert,
Zentralnerven-
ng in einer so
geschehen ist.

n Kopro-
ttelchemiker.
ndere Stoff-

Atlas der menschlichen Blutzellen. Von Dr. med. **Arthur Pappenheim.** Erste Lieferung. Tafel I—XII. 1905. Preis: 16 Mk. Die zweite (Schluß-) Lieferung ist in Vorbereitung.

Der Hypnotismus. Psychiatrische Beiträge zur Kenntnis der sogenannten hypnotischen Zustände. Von Dr. **Konrad Rieger,** Prof. der Psychiatrie an der Universität Würzburg. Mit 4 Tafeln in Lichtdruck und einer Kurventafel. Nebst einem physiognomischen Beitrage von Dr. Hans Virchow. 1884. Preis: 4 Mk. 50 Pf.

Untersuchungen über Muskelzustände. Von Prof. Dr. **Rieger** in Würzburg. Begrüßungsschrift auf dem 2. Kongreß für experimentelle Psychologie (Würzburg, April 1906). Dargebracht von der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Mit 32 Textabbildungen. Preis: 2 Mk.

Experimentelle Untersuchungen über Willenstätigkeit. Von Dr. **Konrad Rieger,** Prof. der Psychiatrie an der Universität Würzburg, und Dr. **Max Tippel.** Mit 8 Kurventafeln und 2 Tafeln in Lichtdruck. Preis: 2 Mk. 50 Pf.

Inhalt: Rieger, Eine Methode zur Untersuchung der Willenstätigkeit. Tippel, Über Wirkungen des Amylnitrits und seinen Einfluß auf die Willenstätigkeit.

Suggestion und Reflex. Eine kritisch-experimentelle Studie über die Reflexphänomene des Hypnotismus. Von Dr. **Karl Schaffer,** Dozent an der Universität Budapest. Mit 6 Tafeln in Lichtdruck und 15 Abbildungen im Text. 1895. Preis: 6 Mk. 50 Pf.

Hofbuchdruckerei Rudolstadt.

Digitized by Google

L826 Dreyfus, G.L. 76114
D77 Über nervöse
1908 Dyspepsie.

NAME

DATE DUE

Digitized by Google

Digitized by Google